ZUR ROLLE DER FAMILIENANGEHÖRIGEN BEI DER REHABILITATION VON ENDOGEN-PSYCHOTISCH KRANKEN

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Philosophischen Fakultät
der
Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu
BONN

vorgelegt von

IRMGARD FLAMM

aus

ESCHWEILER

BONN 1980

ZUR ROLLE DER FAMILIENANGEHÖRIGEN BEI DER REHABILITATION VON ENDOGEN-PSYCHOTISCH KRANKEN

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Philosophischen Fakultät
der
Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu
BONN

vorgelegt von

IRMGARD FLAMM

aus

ESCHWEILER

BONN 1980

Angefertigt mit Genehmigung der philosophischen Fakultät
der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. A. M. Däumling

2. Gutachter: Prof. Dr. Dr. h.c. H. Thomae

Tag der mündlichen Prüfung: 30. April 1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Druck: Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	Einleitung	5
2.	THEORETISCHER TEIL	8
2.1.	Endogene Psychosen im Verständnis der Psychiatrie	8
2.1.1.	Entwicklung der psychiatrischen Nosologie und Sonderstellung der endogenen Psychosen	8
2.1.2.	Konzept der multifaktoriellen Genese als vorläufiges Ergebnis der Ätiologieforschung	10
2.1.3.	Zustandsbilder, Verlaufsformen und Endzustände endogener Psychosen	17
2.1.4.	Perspektiven und Probleme der Therapie und Rehabilitation bei endogenen Psychosen	25
2.2.	Endogene Psychosen in populärer Sicht	38
2.2.1.	Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung	38
2.2.2.	Sichtweise und Verhalten von Angehörigen psychisch, speziell psychotisch Kranker	53
3.	EMPIRISCHER TEIL	87
3.1.	Fragestellung	87
3.2.	Formulierung spezifischer Annahmen	89
3.3.	Untersuchungsmethoden	95
3.3.1.	Methodische Überlegungen	96
3.3.2.	Halb-strukturierte Exploration	97
3.3.3.	Personality-Research-Form	99

		Seite
3.3.4.	Semantisches Differential	102
3.4.	Voruntersuchung	103
3.5.	Hauptuntersuchung	104
3.5.1.	Auswertungsmethodik	106
3.5.2.	Beschreibung des Patientenguts	107
3.5.3.	Beschreibung der Angehörigen-Stichprobe	111
3.6.	Darstellung und Interpretation der Ergebnisse	119
3.6.1.	Deskriptive Statistiken und deren Interpretation	119
3.6.2.	Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den Variablen	157
3.6.2.1.	Zur Bedeutung der Einschätzung des kranken Familienmitgliedes anhand des semantischen Differentials	157
3.6.2.2.	Zur Bedeutung der unterschiedlichen Reaktions- und Erlebensweisen des Angehörigen auf die psychotische Erkrankung	162
3.6.2.3.	Zur Bedeutung der Bereitschaft zur Wiederaufnahme des Patienten in den Familienkreis	167
3.6.2.4.	Zur Bedeutung der Sorge um ein potentielles Rezidiv	175
3.6.2.4.	Zur Bedeutung der Einschätzung einer gemeinsamen Zukunftsperspektive mit dem kranken Familienmitglied	178
3.7.	Zusammenfassung und Ausblick	186
Literaturverzeichnis		189
Anhang	Teil A	209
	Teil B	210
	Teil C	218
	Teil D	259

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit der Sichtweise, mit der Angehörige ihr Verhältnis zu einem endogen psychotischen Patienten erleben, der sich in der Rehabilitationsphase einer psychiatrischen Behandlung befindet. Oberwiegend handelt es sich dabei um Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises, berücksichtigt werden aber auch solche des zyklothymen Formenkreises. In beiden Fällen geht es um den Verlaufszeitraum der psychotischen Erkrankung, in dem die akute Symptomatik bereits soweit abgeklungen ist, daß eine Wiedereingliederung in das gewohnte soziale Umfeld möglich wird.

Diese Situation ist insofern neuartig, als die Entwicklung der modernen Psychiatrie, und zwar zunächst hauptsächlich der Pharmakotherapie in den letzten zwanzig Jahren die Vorbedingungen für diesen wichtigen Schritt geschaffen hat. Darauf aufbauend wurden im Laufe der Zeit wichtige Faktoren dieses Behandlungsabschnittes weiter erforscht. Relevante Fragestellungen in diesem Zusammenhang waren etwa die nach den einzelnen Behinderungen, die solche Patienten durch ihre Krankheit, durch den Einfluß der Behandlungssituation und des sozialen Umfeldes tatsächlich aufweisen. Die damit angesprochenen diagnostischen und therapeutischen Probleme wurden vor allem durch Pionierarbeiten im angloamerikanischen Raum, auch durch Zusammenarbeit von Psychiatern und klinischen Psychologen in Angriff genommen, wodurch sich für die klinische Psychologie ein neues Aufgabengebiet und Betätigungsfeld eröffnete. Insgesamt zeichnete sich auch hier eine Tendenz zur Kooperation verschiedener, bis dahin lange Zeit weitgehend getrennt voneinander arbeitender Berufsgruppen ab.

Ein spezieller Problemkreis dieses Arbeitsfeldes, dessen Bedeutung sich im Laufe der Zeit mehr und mehr herauskristalisierte, ist die Rolle der Angehörigen der Patienten. Sie stellen ein wichtiges Bindeglied zwischen professioneller, zumeist institutionsgebundener Hilfeleistung und Versorgung und dem natürli-

chen gesellschaftlichen Lebensraum der Betroffenen dar. Dieser Forschungsbereich der zunehmenden Berücksichtigung der Angehörigen endogen psychotischer Patienten befindet sich noch in einem Erkundungsstadium.

Die vorliegende Arbeit ist ein empirischer Beitrag zu der Fragestellung, wie sich diese wichtige Behandlungsphase der Patienten in den Augen der Angehörigen darstellt.
Sie beschäftigt sich mit deren Wahrnehmung, Erleben, Einstellung und Verhalten gegenüber dem kranken Familienmitglied.

Im Überblick gliedert sich die Arbeit wie folgt:

Der erste theoretische Abschnitt umreißt das professionelle Verständnis von den endogenen Psychosen, sowohl in nosologischer, ätiologischer, symptomatischer und therapeutisch-rehabilitativer Hinsicht.

Der zweite theoretische Abschnitt gibt einen Literaturüberblick über Forschungsergebnisse von der Sicht des Laien zu diesem Problemkreis und umfaßt sowohl die Perspektive des "Mannes auf der Straße", als auch die des "betroffenen Angehörigen".

Der empirische Teil der Arbeit befaßt sich mit der Sichtweise der Angehörigen von der Erkrankung des betroffenen Familienmitglieds, ihrer Bereitschaft, den Patienten wieder in den Kreis der Familie aufzunehmen, den damit immer verbundenen Ängsten, Schwierigkeiten und Belastungen, sowie deren Erwartungen an das zukünftige Zusammenleben. Im einzelnen werden dargestellt: die Ableitung spezieller Hypothesen aus der übergreifenden Fragestellung auf der Basis der bisherigen Forschungsergebnisse, die verwendeten Meßinstrumente, deren methodische Problematik und die Entwicklung des eigenen Explorationsleitfadens, die Beschreibung der Stichprobe, die Verrechnung der gewonnenen Daten, die Ergebnisse und deren Diskussion.

Insgesamt war es das Ziel der Arbeit, zu dieser so wichtigen

Fragestellung, einen wenn auch zunächst ansatzweisen empirischen Beitrag zu leisten, um damit längerfristig die Nachbehandlung schwerster psychischer Störungen auf eine solide Erfahrungsbasis zu stellen.

2. THEORETISCHER TEIL

2.1. Endogene Psychosen im Verständnis der Psychiatrie

2.1.1. Entwicklung der psychiatrischen Nosologie und Sonderstellung der endogenen Psychosen

Die Entwicklung einer eigenständigen psychiatrischen Krankheitslehre nimmt ihren Anfang im 19. Jahrhundert (DIETSCH und VOLK 1977). Unter dem Einfluß des wissenschaftlichen Fortschrittes, den die botanische Systematik von LINNÉ darstellte, bemühte man sich auch in der Psychiatrie um den Nachweis einer natürlichen Ordnung der seelichen Krankheiten. Kennzeichnend für die frühen Versuche in dieser Richtung waren die Orientierung am Erscheinungsbild und die Idee von der Einheitspsychose. Während man einerseits daran ging, Gruppen von Krankheitsbildern auf Grund gemeinsamer Symptome voneinander abzugrenzen, vertrat man zugleich die Auffassung, diese Krankheitsgruppen seien Verlaufsformen einer einheitlichen Grunderkrankung. In diesem Sinne schrieb NEUMANN (1859) in seinem Lehrbuch der Psychiatrie: "Es gibt nur eine Art der Seelenstörung. Wir nennen sie das Verrücktsein.". Als Stadien der Einheitspsychose unterschied er "Wahnsinn, Verwirrtsein und Blödsinn".

Entscheidend für die weitere Entwicklung der psychiatrischen Krankheitslehre wie für die Psychiatrie als medizinischer Fachdisziplin überhaupt erwies sich ihre zunehmend naturwissenschaftliche Orientierung. Hinsichtlich der ätiologischen Vorstellungen überwog in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts der somatologische Standpunkt: "Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten" (GRIESINGER 1845). Der Nachweis organischer Ursachen einer Reihe von psychischen Erkrankungen durch die frühe Neuropathologie zwang zur Aufgabe der Idee von der Einheitspsychose. Das Vorbild der progressiven Paralyse galt über Jahrzehnte hin als richtungsweisend für die Erforschung von "Krank-

heitseinheiten" (KAHLBAUM 1963), d.h. Krankheitsbildern mit einheitlicher Verursachung und gleichartigem Verlauf.

Die Berücksichtigung des Krankheitsverlaufes führte zwar zur Abgrenzung bestimmter Krankheitsbilder, so etwa der Hebephrenie durch HECKER (1871) und der Katatonie durch KAHLBAUM (1874), welche zusammen mit der Paranoia von KRAEPELIN (1896) zur Gruppe der "Dementia praecox" zusammengefaßt wurden. Eine körperliche Begründung ließ sich aber für diese Krankheitsgruppe ebensowenig nachweisen wie für das "manisch-depressive Irresein". Deshalb wurden sie aus dem Bereich der symptomatischen Psychosen ausgegliedert, um deren Herausarbeitung sich vor allem BONHOEFFER (1910) verdient machte, der auf die psychopathologische Gleichförmigkeit des "exogenen Reaktionstypus" bei aller Mannigfaltigkeit der Grunderkrankungen hinwies. Ein dritter Bereich psychischer Störungen, umfassend die Persönlichkeitsvarianten und psychoreaktiven Störungen sowie die abnormen Verstandesanlagen und Triebentwicklungen, wurde durch S. FREUDs Grundlegung der psychoanalytischen Neurosenlehre besonders bereichert.
Die psychiatrische Nosologie läßt sich beim gegenwärtigen Wissensstand am besten als "triadisches System" (HUBER 1976) beschreiben (vgl. auch SCHNEIDER 1966, WEITBRECHT 1968, REDLICH und FREEDMAN 1970, BAUER u.a. 1973, SCHULTE und TÖLLE 1977). Die Sonderstellung der endogenen Psychosen, nach KOLLE (1955) "das delphische Orakel der Psychiatrie", ergibt sich innerhalb dieses Systems daraus, "daß sich bei ihnen körperliche Ursachen nicht mit der gleichen Eindeutigkeit wie bei den körperlich begründbaren psychischen Störungen haben auffinden lassen, und daß sich schädigende Einflüsse einer ungünstigen Umwelt und erlebnisbedingte Fehlentwicklungen nicht mit der gleichen Oberzeugungskraft plausibel machen lassen wie bei den psychogenen Störungen" (MOMBOUR 1977, 133).

Die weitere Aufgliederung der drei großen Gruppen psychischer Störungen erfolgt nach dem Prinzip didaktisch-systematischer Ökonomie unter verschiedenen Gesichtspunkten (ätiologischen,

neuropathologischen, psychopathologischen, psychodynamischen). Nach K. SCHNEIDER (1966) ist eine Differentialdiagnose im strengen Sinne nur bei den körperlich begründbaren Psychosen möglich. Er bezeichnet daher die psychopathologische Differenzierung von Krankheitsbildern innerhalb der Gruppe der endogenen Psychosen als "Differentialtypologie" und unterscheidet zwischen dem "Formenkreis der Schizophrenie" - in Anlehnung an E. BLEULER (1911) - und dem "Formenkreis der Zyklothymie". Zwischen beiden gibt es Obergangsformen, die nach KASANIN (1933) als "schizo-affektive Psychosen", nach LEONHARD (1957) als "cycloide Psychosen" bezeichnet werden. Zur Verbesserung der praktischen und wissenschaftlichen Verständigung sowie aus Gründen der statistischen Dokumentation sind in den letzten Jahrzehnten verschiedene nosologische Klassifikationssysteme psychischer Störungen entwickelt worden. Davon hat sich der Diagnosenschlüssel der Weltgesundheitsorganisation ("International Classification of Diseases", kurz ICD) in der internationalen Psychiatrie am weitesten durchgesetzt. Eine deutsche Obersetzung und Erläuterung liegt vor (DEGWITZ u.a. 1975).

2.1.2. Konzept der multifaktoriellen Genese als vorläufiges Ergebnis der Ätiologieforschung

Obgleich die endogenen Psychosen seit Jahrzehnten einen Schwerpunkt der psychiatrischen Forschung bilden, ist hinsichtlich ihrer Entstehung "eine somatische Basis ebenso unbekannt wie eine psychogenetische Ätiologie unbewiesen" (ZERBIN-RODIN 1971). Weitgehend anerkannt ist - trotz kritischer Einwände und vor allem methodischer Vorbehalte (z.B. JACKSON 1969) - das Vorliegen einer erblichen Erkrankungsbereitschaft (DIETSCH und VOLK 1977). Die wissenschaftliche Grundlage für die Annahme einer genetischen Disposition für die Erkrankung an einer endogenen Psychose bilden die Ergebnisse der psychiatrischen

Genetik (Zwillings- und Familienforschung, Studien an Adoptiv- und "high risk"-Kindern).

Bei den schizophrenen Psychosen fanden sich nach SHIELDS (1973) in den früheren Untersuchungen (1928 - 1961) Konkordanzraten von 58 % - 69 % für eineiige Zwillinge gegenüber solchen von 0 % - 18 % für zweieiige Zwillinge. Neuere Studien (KRINGLEN 1968, FISCHER et al. 1969, POLLIN et al. 1969) erbrachten dagegen Konkordanzraten zwischen 14 % - 50 % bei eineiigen gegenüber solchen von 4 % - 19 % bei zweieiigen Zwillingen. Diese unterschiedlichen Ergebnisse sind zum großen Teil auf die Art der Stichprobengewinnung zurückzuführen. Die klassischen Zwillingsserien wurden im wesentlichen an Anstaltsinsassen gewonnen, welche nach heutigem Wissensstand eine Selektion von schweren Erkrankungsverläufen darstellen. Dagegen wurden die neueren, vor allem die skandinavischen Serien über Geburtenregister aus der Gesamtbevölkerung erfaßt.

Die genetische Familienforschung bestätigte durch neuere empirische Untersuchungen den Befund einer erblichen Erkrankungsbereitschaft bei den endogenen Psychosen. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit ("life time risk") steht in einem direkten Zusammenhang mit dem Grad der Blutsverwandschaft; übereinstimmend wurde eine von Stiefgeschwistern über Halbgeschwister, Geschwister und Kindern bis zu den eineiigen Zwillingen aufsteigende Morbidität festgestellt. Nach ZERBIN-RODIN (1971) ist das Erkrankungsrisiko für Geschwister und Kinder von Zyklothymen und Schizophrenen 10 - 15mal höher als in der Gesamtbevölkerung.

Die Möglichkeit einer Alternativerklärung dieses Befundes, daß nämlich mit zunehmendem Verwandtschaftsgrad auch eine zunehmende Ähnlichkeit des sozialen Milieus und der familiären Struktur verbunden sei, welche den pathogenetischen Boden der Erkrankung darstellen könnten, wird durch differenzierte Studien an Adoptiv- und "high risk"-Kindern weitgehend ausgeschlossen (KETY et al. 1968, ROSENTHAL et al. 1968, HESTON und

DENNEY 1968). Obwohl damit eine erbbedingte Erkrankungsbereitschaft der endogenen Psychosen empirisch gestützt ist, weiß man andererseits wenig Sicheres über die Erbfaktoren und den Vererbungsgang. Grobe Chromosomenveränderungen ließen sich nicht nachweisen, ein einfacher dominanter oder rezessiver Erbgang liegt sicher nicht vor (ZERBIN-RODIN 1971). Diskutiert werden daher die Hypothesen einer Polygenie, d.h. einer Beteiligung mehrerer Gene an der Bildung der Erkrankungsbereitschaft, und einer Heterogenie, d.h. einer genetischen Uneinheitlichkeit verschiedener endogen psychotischer Krankheitsbilder. Für die Verlaufsformen der uni- bzw. bipolaren affektiven Psychosen konnte z.B. eine Heterogenie durchaus glaubhaft gemacht werden (ANGST 1966, PERRIS 1966).

Das Wirksamwerden der erblichen Erkrankungsbereitschaft in Form der manifesten Psychose setzt eine Störung physiologischer Hirnfunktionen voraus. Die Erfahrungen der Therapierbarkeit endogener Psychosen durch Psychopharmaka und der Provokation psychoseähnlicher Symptome durch Halluzinogene deuten auf die Möglichkeit von Stoffwechselstörungen zentralnervöser Transmittersubstanzen hin. Die bisherigen pathophysiologischen und neurochemischen Untersuchungen haben aber noch keine spezifischen und eindeutig gesicherten Befunde in dieser Richtung erbracht (SMYTHIES 1970, KANIG 1971). Desgleichen liegen nur spärliche und uneinheitliche Ergebnisse über hirnorganische Veränderungen, speziell bei der Schizophrenie vor (HUBER 1976).

Nicht weniger Unklarheit herrscht auf der anderen Seite über die Bedeutung psychischer und sozialer Faktoren für die Entstehung und Ausgestaltung endogener Psychosen. Innerhalb der klassischen Psychopathologie werden diesen Momenten nur wenig Umfang und Gewicht beigemessen. Nach K. SCHNEIDER (1966) spielen lebensgeschichtliche Zusammenhänge lediglich in das inhaltliche "Sosein" der endogenen Psychosen hinein, individuelle und allgemein menschliche Wünsche, Ängste und Konflikte spiegeln sich auch in der psychotischen Symptomatik. Das formale "Sosein", d.h. die Art der Ausgestaltung der inhaltlichen The-

matik etwa in Form von Halluzinationen oder Wahnphänomenen, erscheint demgegenüber psychologisch nicht verstehbar, sondern nur durch Rückführung auf einen körperlichen Krankheitsprozeß hypothetisch erklärbar. Das Gleiche gilt für das "Dasein" der endogenen Psychosen, d.h. für ihren Ausbruch und ihren Verlauf. WEITBRECHT (1968, 347) spricht bezüglich des Beginns endogen psychotischer Erkrankungen bildhaft von einem "Weckerphänomen": "die Psychose bricht schicksalsmäßig dann aus, wenn ihre Zeit gekommen ist".

Dieser Standpunkt einer fast vollständigen Umweltunabhängigkeit der endogenen Psychosen ist nicht unwidersprochen geblieben. Derzeit durchaus diskussionsfähig scheint die Möglichkeit einer psychoreaktiven Auslösung endogener Psychosen zu sein. Nach einer Obersicht von KORNHUBER (1962) schwanken die Häufigkeitsangaben hinsichtlich dieser Frage bei den Zyklothymien zwischen 3 % und 70 %, weitgehend in Abhängigkeit von den Kriterien, welche die jeweiligen Untersucher für einen Anlaß-Zusammenhang gelten ließen. Bezüglich der Schizophrenien berichtet HUBER (1976) Häufigkeitswerte von 25 % für die psychisch-reaktive Auslösung von Primärmanifestationen und 29 % für die von Remanifestationen der Psychosen dieses Formenkreises.

Der Forschung stellen sich hier erhebliche Methodenprobleme, z.B. die nach der Erfassung subjektiv belastender Erlebnisse im Vergleich zu objektiv belastenden Ereignissen und die nach der Bedeutung prämorbider, prodromaler und remissionsakzentuierter Persönlichkeitsfaktoren für die Konstellation von Konfliktsituationen (vgl. BROWN und BIRLEY 1970). Den gegenwärtigen Forschungsstand der Anlaß- und Rückfallforschung bei den endogenen Psychosen kann man knapp dahingehend zusammenfassen, daß sich in etwa 1/4 der Fälle situative Auslösefaktoren von unspezifischem Belastungscharakter finden. HUBER (1976) spricht in diesem Zusammenhang von einer "unspezifischen Stresswirkung auf den latenten (somatischen) Basisprozeß".

Die psychodynamische Familienforschung vertritt demgegenüber

den weitergehenden Standpunkt einer psychogenetischen Entwicklung der endogenen Psychosen, speziell der Schizophrenien. Kennzeichnend für diese Forschungsrichtung ist die Einbeziehung des familiären Umfeldes in die Erforschung der individuellen Erkrankung (FOUDRAIN 1969, ZUK und RUBINSTEIN 1975). Damit verbunden ist eine Erweiterung der psychodynamischen Konzeption durch rollentheoretische und kommunikationstheoretische Konstrukte (HABERMAS 1968, BERNDT 1970). Gemeinsam ist allen familiendynamischen Modellvorstellungen der Schizophreniegenese die Auffassung, die manifeste Psychose sei das Endglied einer pathologischen Persönlichkeitsentwicklung, deren Ursache in schwer gestörten zwischenmenschlichen Beziehungen der Familie des Patienten liege.

LIDZ und Mitarbeiter (1969) beschreiben zwei Formen einer erheblichen Gestörtheit in den ehelichen Beziehungen der Eltern schizophrener Patienten. Im Falle der "Spaltung" ("marital schism") handelt es sich um Kampfehen, in denen wechselseitige Herabsetzung und Bedrohung der Ehepartner verbunden sind mit einer rivalisierenden Unterstützungssuche bei den Kindern. Im Falle der "Strukturverschiebung" ("marital skew") handelt es sich um Anpassungsehen, in denen die Bedürfnisse eines schwer gestörten Partners vom anderen in selbstverleugnender Weise erfüllt werden und die Kinder in einer völlig unechten Familienatmosphäre aufwachsen.

Ähnliche Befunde berichten WYNNE und Mitarbeiter (1969). Sie betonen vor allem die Pseudogemeinschaft dieser Familien ("pseudo-mutuality"), die durch eine fortwährende Maskierung aller Konfliktpotentiale aufrechterhalten wird. Das pseudoharmonische Zusammenspiel ("fit") der Eltern erlaubt dem Kind keinerlei Distanzierung von der familiären Rollenstruktur. Er bleibt darin wie in einem Gummizaun ("rubber fence") gefangen; Ablösungsversuche bilden dann oft den Ausgangspunkt ihrer psychotischen Erkrankung (STIERLIN 1975).

Eine Reihe weiterer Studien beschäftigt sich mit der Frage

nach den genaueren Vermittlungsvorgängen zwischen pathologischer Rollenstruktur der Familie und dem Verhalten des schizophrenen Patienten. So führten SINGER und WYNNE (1965, 1966) testpsychologische Vergleichsuntersuchungen an Schizophrenen, Borderline-Fällen und Neurotikern durch. Sie fanden, daß sich nach den von ihnen entwickelten Beurteilungskriterien aus der Form der Äußerungen der Eltern die diagnostische Zuordnung, die Form der Denkstörung und die Art der Ich-Störung des Patienten mit großer Sicherheit vorhersagen ließ. Dieser Befund würde ein eher direktes Erlernen pathologischer Erlebens- und Verhaltensmuster in der Familie schizophrener Patienten nahelegen.

Demgegenüber vermuten BATESON und Mitarbeiter (1969) sehr viel komplexere Vermittlungsprozesse. Kernstück ihrer Hypothesenbildung ist das sog. "double bind", für welches sich im Deutschen die Übertragungen "Doppelbindung" (WATZLAWICK et al. 1969), "Beziehungsfalle" (STIERLIN 1959/60) und "Zwickmühle" (Loch 1961) finden. Damit bezeichnen sie ein abnormes Kommunikationsmuster in den Familien Schizophrener, das gekennzeichnet ist durch widersprüchliche Aufforderungen auf verschiedenen Mitteilungsebenen bei gleichzeitigem Unterbinden der Auflösung dieser Widersprüche. Aus dieser Forschungsperspektive heraus lassen sich hebephrene, katatone und paranoide Symptome als Möglichkeiten einer speziellen Konfliktbewältigung interpretieren.

Insgesamt haben die Modellvorstellungen der psychodynamischen Familienforschung noch weitgehend heuristisch-explorativen Charakter. Die praktischen und methodischen Schwierigkeiten dieser Forschungsrichtung sind immens. Es bedarf weitaus differenzierterer Untersuchungspläne, um die ätiologisch vor allem bedeutsamen Fragen zu klären, inwieweit sich die ermittelten Beziehungsstörungen in den Familien Schizophrener wirklich typisch und nicht auch bei anderen psychischen Störungen beobachtbar und inwieweit sie nicht eher Folge der Störung des psychotischen Familienmitgliedes als dessen Ursache sind (vgl. MISHLER und WAXLER 1968, HÄFNER 1971).

Die ätiologische Diskussion der endogenen Psychosen hat schließlich auch soziologisch orientierte Untersuchungen zu berücksichtigen, wie sie im Rahmen der psychiatrischen Ökologie und Epidemiologie durchgeführt wurden (PFLANZ 1970, BASTIDE 1973). Dieser Forschungsrichtung geht es um die Erfassung von Häufigkeits- und Verteilungsmustern psychischer Störungen in Abhängigkeit von soziokulturellen Faktoren. Die klassischen amerikanischen Studien von FARIS und DUNHAM (1939), HOLLINGSHEAD und REDLICH (1958) sowie von SROLE und Mitarbeitern (1962) wiesen übereinstimmend ein höheres Erkrankungsrisiko für endogene Psychosen in den unteren Sozialschichten nach. Nach neueren Übersichtsarbeiten (FRIED 1969, DOHRENWEND und DOHRENWEND 1969) kann dieser Befund als weitgehend gesichert gelten; er ist für die schizophrenen Psychosen ausgeprägter als für die zyklothymen Psychosen.

Die Interpretation dieses Zusammenhangs zwischen sozialem Status und psychotischer Störung ist allerdings umstritten. Auf der einen Seite deutet man ihn im Sinne einer sozialen Verursachung durch belastende Lebensbedingungen ("stress-and-strain"-Hypothese), auf der anderen Seite sieht man darin die Folge einer prämorbiden Persönlichkeitsstörung ("non-starter"-Hypothese) bzw. eines krankheitsbedingten Persönlichkeitsdefektes ("drift"-Hypothese). Nach HÄFNER (1971) und KEUPP (1972) kann trotz umfangreichen Untersuchungsmaterials auf diesem Forschungsgebiet eine endgültige Entscheidung für eine dieser Leithypothesen nicht angegeben werden; beide Autoren weisen auch auf die Möglichkeit einer komplexen Verflechtung mehrerer Bedingungsmechanismen hin. Nichtsdestoweniger ist der enge Zusammenhang zwischen psychotischer Krankheit und sozialer Stellung, gleichgültig in welcher Richtung er zu lesen ist, bedenkenswert (MICHAELIS 1972, GLEISS, SEIDEL und ABHOLZ 1973).

Insgesamt steht die ätiologische Diskussion heute nach HÄFNER (1971) "nicht mehr vor der Alternative, ob Schizophrenie erb- oder umweltbedingt ist, sondern vor einem "Sowohl-als-Auch". Viele Autoren sprechen daher auch von einer "multifaktoriellen

oder multikonditionalen Genese der Schizophrenie", allerdings weniger der Zyklothymie (BELLAK 1949, GASTAGER 1965, BAUER u.a. 1973, HUBER 1976, SCHULTE und TÖLLE 1977). Aber auch diese Formel darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß wir bezüglich der bedeutsamen Bedingungen und ihres Zusammenspiels noch weitgehend im Dunkeln tappen (REDLICH und FREEDMAN 1970, WEITBRECHT 1971) und im Bereich der therapeutischen und rehabilitativen Bemühungen aus diesem Grunde oft auf rein pragmatische Richtlinien zurückgreifen müssen (HÄFNER 1976).

2.1.3. Zustandsbilder, Verlaufsformen und Endzustände endogener Psychosen

Im Vergleich zu chronischen körperlichen Krankheiten greifen die endogenen Psychosen sehr viel tiefgreifender in das Lebensschicksal der Erkrankten ein, insofern als sie die Persönlichkeit unmittelbar im Kern des Erlebens und Verhaltens verändern und die zwischenmenschlichen Beziehungen schweren Belastungen aussetzen. Die Kenntnis der spezifischen Veränderungen und ihres Verlaufs ist Voraussetzung für das Verständnis des sozialen Schicksals der Betroffenen und der Schwierigkeiten der therapeutischen Bemühungen. In Anlehnung an HUBER (1976) sowie SCHULTE und TÖLLE (1977) seien daher die endogen psychotischen Krankheitsbilder kurz skizziert.

Bei den endogenen Psychosen des zyklothymen Formenkreises stehen Veränderungen der Affektivität im Vordergrund des psychopathologischen Zustandsbildes, daher auch die Bezeichnungen Gemütskrankheiten oder affektive Psychosen. Unterschieden wird zwischen Psychosen vom depressiven und manischen Typ.

Bei der endogenen Depression oder der Melancholie findet sich im affektiven Bereich ein gedrückt-schwermütiges Lebensgefühl.

Die Erkrankten erleben sich als unlebendig, versteinert, leer. Sie berichten, weder Freude noch Trauer empfinden zu können. Diese Einschränkung der gefühlshaften Mitschwingungsfähigkeit wird als sehr quälend erlebt. Im körperlichen Bereich finden sich sog. Vitalstörungen, d.h. leibliche Mißempfindungen als Druck-, Schwere- oder Schmerzgefühl bevorzugt in der Kopf- oder Brustregion. Daneben finden sich vegetative Störungen wie Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen. Der Antrieb unterliegt einer allgemeinen Hemmung, die sich deutlich im psychomotorischen und kognitiven Bereich zeigt. Die Kranken erscheinen entschluß- und handlungsunfähig, fühlen sich durch alltägliche Anforderungen überfordert. Der Gedankengang ist verlangsamt und kreist eingeschränkt um das eigene Befinden. Bei einer Minderzahl der Patienten, oft erst nach längerem Krankheitsverlauf, kommt es zu inhaltlichen Gedankenstörungen wahnhafter Form, welche sich thematisch auf die Sorge um das seelische Heil, die körperliche Gesundheit und die materielle Sicherheit konzentrieren. K. SCHNEIDER (1966) spricht von einer Aufdeckung der "Urängste des Menschen" durch die endogene Depression.

Die Manie läßt sich psychopathologisch in vielerlei Hinsicht als Spiegelbild der Melancholie darstellen. Das Lebens- und Selbstwertgefühl ist gehoben, die gefühlshafte Ansprechbarkeit gesteigert. Die Erkrankten fühlen sich körperlich über die Maßen gesund und leistungsfähig, regelmäßig bestehende Schlafstörungen werden subjektiv selten als unangenehm empfunden. Die bestehende Antriebssteigerung zeigt sich im kognitiven Bereich in einer Beschleunigung des Gedankengangs bis zur Ideenflucht, in welcher der Kranke assoziativ einfallsreich und gelockert pausenlos von einem Thema zum anderen springt. In der Psychomotorik findet die Antriebssteigerung ihren Ausdruck in einem starken Bewegungsdrang und unermüdlicher Betriebsamkeit, welche in manchen Fällen auch einen gehetzt-gereizten Charakter bekommt. Inwieweit die kritiklos-optimistische Selbstüberschätzung des Manikers als wahnhaft bezeichnet werden soll, ist in der Literatur durchaus strittig. Die zy-

klothymen Psychosen manifestieren sich bevorzugt erstmals im 4. Lebensjahrzehnt. Charakteristisch ist ihre phasenartige Verlaufsform, d.h. das wiederholte Auftreten abgrenzbarer Krankheitszeiten ohne bleibende Persönlichkeitsveränderungen im freien Intervall. Die Phasendauer beträgt durchschnittlich etwa 6-9 Monate, wobei aber mit einer Spannweite zwischen wenigen Tagen bis mehreren Jahren gerechnet werden muß. Depressive und manische Phasen können jeweils als einzige Erkrankungsform oder aber in regelmäßigem oder unregelmäßigem Wechsel auftreten; man spricht von monopolaren bzw. bipolaren Verlaufsformen der Zyklothymie. Dabei überwiegen der Häufigkeit nach die monopolar-depressiven (66 %) gegenüber den bipolaren (28 %) und den monopolar-manischen Verläufen (6 %).

Hinsichtlich der Prognose der zyklothymen Psychosen muß man unterscheiden zwischen der günstigen Streckenprognose, d.h. der großen Wahrscheinlichkeit, daß eine zyklothyme Phase wieder abklingt, und der ungünstigeren Richtungsprognose, d.h. der großen Wahrscheinlichkeit, daß es im Verlauf des weiteren Lebens erneut zu Krankheitsphasen kommt. In den letzten Jahrzehnten ist allerdings auch eine Verbesserung der Richtungsprognose durch die Einführung der Lithium-Prophylaxe zu verzeichnen (LAUTER 1969, SCHOU 1971). Getrübt wird die Prognose wiederum durch die Suizidhäufigkeit; ca. 6 - 10 % der an einer endogenen Depression Erkrankten unternehmen ernsthafte Selbstmordversuche. Zyklothyme Residualsyndrome, d.h. bleibende Persönlichkeitsveränderungen nach längerem Krankheitsverlauf, kommen nur in einer Minderzahl der Fälle (7 %) vor. Nach GLATZEL (1973) besteht dabei derzeit noch weitgehend Unklarheit darüber, inwieweit diese Persönlichkeitsveränderungen Folge der Krankheit selbst, der Behandlung mit Psychopharmaka bzw. der psychischen Belastung und sozialen Veränderungen sind.

Die endogenen Psychosen des schizophrenen Formenkreises werden trotz der Variabilität der psychopathologischen Symptomatik zu einer nosologischen Einheit zusammengefaßt. Während KRAEPELIN (1896) diese Zusammenfassung im wesentlichen auf Verlaufseigen-

tümlichkeiten gründete, stellte E. BLEULER (1911) bestimmte Merkmale des Zustandbildes in den Vordergrund. Er prägte die Bezeichnung "Schizophrenie", weil er das Wesen der Krankheit in einer Spaltung oder Zersplitterung der Gesamtpersönlichkeit sah, die sich in Form von "Grundsymptomen" im Denken, Fühlen und personalen Gesamterleben äußere. Unter den Grundsymptomen BLEULERs nehmen Störungen des Denkens einen zentralen Platz ein, vor allem die "Zerfahrenheit", der Verlust des gewohnten bedeutungsmäßigen Zusammenhangs; daher auch die frühere Bezeichnung Geisteskrankheiten in Abgrenzung von den Gemütskrankheiten. Als Grundsymptom im affektiven Bereich gilt vor allem die "Parathymie", d.h. das Auseinanderklaffen des vom Kranken erlebten und ausgedrückten Gefühls und seiner gegenwärtigen Situation. Hinsichtlich des personalen Gesamterlebens kommt schließlich der "Depersonalisation" des Schizophrenen der Rang eines Grundsymptoms zu; es kommt zu einer Ich-Störung in Form eines Verlustes der Meinhaftigkeit, oft verbunden mit dem Erlebnis des Gemachten. Als besonders bezeichnende Aspekte der Schizophrenie hob BLEULER ferner die "Ambivalenz", das beziehungslose Nebeneinanderstehen gegensätzlicher Gefühlsregungen, und den "Autismus", den Verlust des Wirklichkeitsbezuges und das Einspinnen in die eigene Erlebniswelt, hervor. BLEULERs Versuch einer Wesensbestimmung der Schizophrenie ist aber ebensowenig unwidersprochen geblieben wie alle anderen Entwürfe nach ihm. Nach WEITBRECHT (1968) hat sich die ungemein vielfältige Symptomatologie der Schizophrenien bis heute einer befriedigenden Zusammenfassung in einem übergreifenden theoretischen Konzept widersetzt.

Für die klinische Praxis haben daher andere symptomatologische Gruppierungen Bedeutung. In diagnostischer Sicht haben die von K. SCHNEIDER (1966) herausgearbeiteten "Symptome 1. Ranges" ihren praktischen Wert bewiesen. Es sind dies "Gedankenlautwerden, Hören von Stimmen in der Form von Rede und Gegenrede, Hören von Stimmen, die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Gedankenentzug und andere Gedankenbeeinflussungen, Gedankenausbreitung, Wahnwahr-

nehmung, sowie alles von anderen Gemachte und Beeinflußte auf dem Gebiet des Fühlens, Strebens (der Triebe) und des Wollens" (S. 135). Das Vorliegen von Symptomen 1. Ranges sichert bei gleichzeitigem Ausschluß einer körperlichen Grundkrankheit mit großer Wahrscheinlichkeit die Diagnose einer Schizophrenie. Darüber hinaus hat sich bis heute eine typologische Differenzierung der endogenen Psychosen in bestimmte Untergruppen erhalten, obwohl sich diese nur im Querschnittsbild einigermaßen klar voneinander abgrenzen lassen, während im Längsschnittbild vielfältige Obergänge zwischen den symptomatologisch akzentuierten Formen bestehen.

Die paranoid-halluzinatorische Form der Schizophrenie ist psychopathologisch durch Denk- und Wahrnehmungsstörungen gekennzeichnet. Charakteristisch sind inhaltliche Denkstörungen im Sinne des Wahns. Die Erkrankten erleben in zufälligen Ereignissen bestimmte, für den Außenstehenden weitgehend uneinfühlbare Bedeutungsgehalte (Bedeutungswahn), die eigene Person wird zum Mittelpunkt des Geschehens (Beziehungswahn), fühlt sich in ein Netz böswilliger Machenschaften verstrickt (Verfolgungswahn) oder durch fremde Mächte der Freiheit ihres Denkens und Fühlens beraubt (Beeinträchtigungswahn). Unterstützt wird die durch solche Denkstörungen oft als bedrohlich erlebte Veränderung der Umwelt durch Wahrnehmungsstörungen. Sehr häufig sind akustische Halluzinationen. Der Kranke hört Stimmen, die sich über ihn unterhalten, sein Verhalten beschreiben und mit Bemerkungen versehen, ihm Aufforderungen und Befehle geben. Ebenfalls charakteristisch sind haptische Halluzinationen, leibliche Beeinflussungserlebnisse z.B. in Form sexueller Belästigung. Verlaufsuntersuchungen haben gezeigt, daß paranoid-halluzinatorische Symptome bei 80 % der Schizophrenien wenigstens einmal im Krankheitsverlauf auftreten, weshalb JANZARIK (1968) von einer zentralen Bedeutung des Paranoiden bei den Schizophrenien spricht. Rein paranoid-halluzinatorische Schizophrenien beginnen durchweg später als die übrigen Formen; ihr Erkrankungsgipfel liegt im 4. Lebensjahrzehnt.

Die katatone Form der Schizophrenie ist charakterisiert durch das Vorherrschen psychomotorischer Störungen, die sich oft in abruptem Umschlagen zwischen zwei Extremen bewegen. Man unterscheidet auf der einen Seite das hypokinetische Syndrom; der Kranke erstarrt regungslos, bleibt beim Ansprechen stumm, obwohl sein Gesicht äußerste Aufmerksamkeit und innere Gespanntheit verrät (katatoner Stupor). Den Gegenpol bildet das hyperkinetische Syndrom; der Kranke irrt aufgeregt umher, redet und schreit in sprunghaftem oder zerfahrenem Gedankengang und kann urplötzlich aggressiv reagieren, Mitpatienten und Personal angreifen oder sich selbst verletzen (katatoner Erregungszustand). Wahrnehmungs-, Denk- und Affektstörungen werden daneben regelmäßig beobachtet, treten aber gegenüber den Antriebs- und Bewegungsstörungen in den Hintergrund. Charakteristisch bleibt auch in den weniger extremen Ausprägungsgraden des Bildes die Gestörtheit der gewohnten willkürlichen Steuerung des Verhaltens. So kann der Kranke rhythmisch ablaufende Wiederholungen im sprachlichen und motorischen Verhalten zeigen (Bewegungsstereotypien), beobachtete Bewegungen nachahmen (Echopraxie), Aufforderungen wie willenlos gehorchen (Befehlsautomatie) oder deren gerades Gegenteil tun (Negativismus). Katatone Formen der Schizophrenie mit abruptem Ausbruch und dramatischer Symptomatik zeigen oft eine relativ gute therapeutische Beeinflußbarkeit und einen prognostisch günstigen Verlauf.

Die einfache Form der Schizophrenie oder Schizophrenia simplex entwickelt sich eher schleichend und ist im Erscheinungsbild weniger eindrucksvoll. Liegt der Erkrankungsbeginn in der Pubertät oder Adoleszenz, so spricht man auch von einer hebephrenen Form der Schizophrenie. Diese ist im Anfangsstadium manchmal schwer von einer neurotischen Entwicklung abzugrenzen. Oft findet sich zunächst nur ein Verlust des Antriebes; die Jugendlichen versagen in der Schule oder im Beruf, vernachlässigen frühere Interessen, verlieren zusehens ihre sozialen Kontakte. Im kognitiven Bereich finden sich manchmal ansatzweise wahnhafte Gedankenstörungen megalomaner oder paranoider Art; die Kranken können sich z.B. als bislang verheim-

lichte Abkömmlinge aus königlichem Hause oder als religiös berufene Neuerer ausgeben, andererseits sich als von ihrer Umwelt besonders beobachtet und feindlich bedroht erleben. Die wahnhafte Symptomatik ist aber überwiegend recht bruchstückhaft ausgeprägt und läßt eine geschlossene Systematisierung vermissen. Im affektiven Bereich findet sich viefach eine sog. läppische Gestimmtheit, womit eine eigentümliche gleichgültig-herablassende Haltung gemeint ist. Daneben werden auch hin und wieder hypochondrisch-depressive Klagen geäußert. Auch bei einer Entwicklung im späteren Lebensalter sind Einbuße des Antriebs, Verflachung der Affektivität und Verkümmerung der Sozialbezüge ohne ausgeprägte produktive Störungen kennzeichnend für diese Erkrankungsform. Der Verlauf ist meist chronisch-progredient, in vielen Fällen entwickelt sich bereits früh ein schizophrenes Residualsyndrom.

Als coenästhetische Form der Schizophrenie hat HUBER (1971) einen Prägnanztyp beschrieben, bei dem qualitativ eigenartige Leibgefühlsstörungen innerhalb langjähriger uncharakteristischer Verlaufsstrecken das psychopathologische Zustandsbild beherrschen. Ob es berechtigt ist, hier von einer weiteren Unterform der schizophrenen Psychosen zu sprechen, bedarf nach SCHULTE und TÖLLE (1977) der weiteren Bestätigung.

Die Verlaufsforschung bei den endogenen Psychosen vom schizophrenen Formenkreis steht noch ganz am Anfang, was nach HUBER (1976) der Hauptgrund dafür ist, daß zwei Annahmen der klassischen Schizophrenielehre bis heute auch bei Ärzten weit verbreitet und tief verwurzelt sind. Das ist zum einen die auf KRAEPELIN zurückgehende Auffassung vom unaufhaltsamen Verlauf zu einem defektuösen Endzustand und zum anderen die seit E. BLEULER vertretene Auffassung von der spezifischen Form schizophrener Residualsyndrome.

Im Anschluß an KRAEPELIN (1896) sah man als die typischen Verlaufsformen schizophrener Psychosen den "Schub" und den "Pro-

zeß" an. Beim Schub hinterläßt die Erkrankung nach Abklingen des akuten Erscheinungsbildes bleibende Persönlichkeitsveränderungen, zunächst diskreter, dann von Mal zu Mal deutlicherer Ausprägung, bis hin zum irreparablen Defektzustand. Beim Prozeß verläuft die Erkrankung unaufhaltsam progredient zum Endzustand ohne zeitlich abgrenzbare Pausen stationären Stehenbleibens oder gar zwischenzeitlicher Abmilderung des Krankheitsbildes. E. BLEULER (1911) vertrat in diesem Zusammenhang die Auffassung, daß im Vergleich zur organischen Wesensänderung das schizophrene Residualsyndrom nicht nur negativ durch seine Funktionseinbußen gekennzeichnet ist, die sich in Form von Antriebsminderung, Affektverarmung und sozialer Abkapselung äußern. Darüber hinaus glaubte er vielmehr, regelmäßig eine Plussymptomatik im Sinne typisch schizophrener Grundstörungen feststellen zu können, welche den Residualzuständen einen spezifischen Charakter verliehen.

Auf Grund der vorliegenden Längsschnittstudien von ARNOLD (1954), JANZARIK (1968), M. BLEULER (1972) und HUBER (1973) müssen diese Vorstellungen revidiert werden. Neben schubförmigen (47 %) und prozeßhaften Verläufen (21 %) existieren auch bei den Schizophrenien phasenförmige Verläufe (22 %), wie sie bei den Zyklothymien die Regel sind. Das Bild der Richtungsprognose ist aber ebenso korrekturbedürftig wie das der Strekkenprognose. Mehr als zwei Jahrzehnte nach Krankheitsausbruch finden sich in 22 % der Fälle vollständige Ausheilungen, in 43 % uncharakteristische Remissionstypen überwiegend leichteren Schweregrades (35 %) und nur in 35 % der Fälle charakteristische Defizienztypen mit erheblichem Defekt. Der schizophrene Residualzustand ist demnach weder unentrinnbares Schicksal, noch von sicher spezifischer Form. Dieser Befund ist insofern von entscheidender Bedeutung, als die soziale Prognose mit der psychopathologischen Verlaufsform eng zusammenhängt. Von den uncharakteristischen Residuen sind ca. 60 %, von den charakteristischen Defekten nur ca. 25 % sozial gut integriert. Nach HUBER (1976) wird aber durch diese Befunde vor allem das Bild der Schizophrenie als einer unheilbaren

Geisteskrankheit doch deutlich in Frage gestellt; sie ermutigen vielmehr zu einer Verstärkung der wissenschaftlichen und praktischen Bemühungen.

2.1.4. Perspektiven und Probleme der Therapie und Rehabilität bei endogenen Psychosen

Die gegenwärtige Situation der psychiatrischen Versorgung endogen psychotischer, speziell schizophrener Kranker ist nur auf dem Hintergrund der historischen Entwicklung zu verstehen. Da es eine spezifische Beeinflußbarkeit psychotischer Krankheitssymptome bis in die 1. Hälfte unseres Jahrhunderts hinein nicht gab, bestand die psychiatrische Behandlung lange Zeit hindurch lediglich in der vorrübergehenden oder vollständigen Anstaltsunterbringung. Diese diente dem Zweck, die Umwelt des Kranken zu entlasten und zu schützen und den Kranken selbst zu versorgen und von selbst- und fremdgefährdenden Handlungen abzuhalten.

Die Behandlungsmöglichkeiten innerhalb der Anstalt waren begrenzt. BUMKE (1929) erwähnt in seinem Lehrbuch der Geisteskrankheiten folgende Punkte: das Bemühen des Personals um eine freundliche und geordnete Atmosphäre auf der Station, die Bereitstellung von Beschäftigungsmöglichkeiten und Arbeitsgelegenheiten, die Behandlung erregter Kranker durch Beruhigungsmittel oder Dauerbäder. Insgesamt sah er in der Behandlung der Geistes- und Gemütskrankheiten das "ausgesprochene Stiefkind der wissenschaftlichen Psychiatrie".

Ein erster erfolgversprechender Behandlungsfortschritt eröffnete sich in den 40er Jahren durch die Entdeckung und Entwicklung verschiedener Formen der Heilkrampfbehandlung, so durch Insulin (SAKEL 1934), Cardiazol (MEDUNA 1935) und Elektroschock

(CERLETTI und BINI 1937). Daneben versuchte man durch die Lobotomie auf hirnchirurgischem Wege eine Beeinflussung psychotischer Erlebnis- und Verhaltensweisen zu erreichen (MONIZ und LIMA 1935). Dieser Weg ist inzwischen fast gänzlich wieder verlassen. Ebenso hat sich der Anwendungsbereich für Heilkrampfbehandlungen in der Folgezeit erheblich eingeschränkt.

Der entscheidende Durchbruch im Wandel von der "Bewahrpsychiatrie" zur "Behandlungspsychiatrie" ist nach allgemeiner Auffassung (vgl. ENQUETE 1973) der modernen Pharmakotherapie zu verdanken, deren Entwicklung auf psychiatrischem Gebiet in den 50er Jahren einsetzte. Die Psychopharmaka ermöglichen zwar keine kausale Therapie - von einer solchen könnte derzeit allein wegen der ätiologischen Unkenntnis keine Rede sein -, wohl aber eine symptomatische Therapie. Spezifische psychotische Symptome, sog. "Zielsymptome" (FREYHAN 1957, 1966) wie z.B. paranoid-halluzinatorische Erlebnisweise oder depressive Stimmungslage, können mit diesen Medikamenten direkt angegangen, abgemildert und aufgehoben werden.

Die Behandlung der endogenen Psychosen durch Psychopharmaka stellt sich nach HAASE (1977) grob schematisch wie folgt dar. Bei der endogenen Depression kommen im wesentlichen "Antidepressiva" zur Anwendung. Innerhalb dieser Medikamentengruppe unterscheidet man nach dem Schwerpunkt der Wirkungsweise die primär stimmungsaufhellenden "Thymoleptika" und die vorwiegend hemmungslösenden "Thymeretika". Damit ist es möglich, innerhalb von 6 Wochen nach Behandlungsbeginn in 2/3 der Fälle eine wesentliche Besserung bis Normalisierung des Krankheitsbildes zu erreichen. Bei dem verbleibenden Drittel hilft zumeist eine Elektroschockbehandlung. Eine stationäre Behandlung ist in der Mehrzahl der Krankheitsfälle wünschenswert. Sie verringert die oft erhebliche Suizidgefahr, erlaubt eine intensive medikamentöse Behandlung und effektivere psychagogische Stützung als eine ambulant durchgeführte Therapie. Zur Verhütung erneuter Erkrankungsphasen hat sich bei einem Großteil der Patienten mit endogenen Depressionen die Dauermedika-

tion von Lithium-Salzen als wirksam erwiesen. Die von SCHOU (1960) durchgeführten und inzwischen wiederholt gesicherten Untersuchungen zu diesem Behandlungsverfahren kommen zu dem Ergebnis, daß Häufigkeitszahl und Ausprägungsgrad zyklothymer Erkrankungsphasen sich so erheblich einschränken lassen. Bei manischen Psychosen wirken Lithiumpräparate nicht nur prophylaktisch, sondern direkt therapeutisch. Im Behandlungsbeginn ist allerdings in fast allen Fällen eine zusätzliche Anwendung von "Neuroleptika" angezeigt, um eine ausreichende Dämpfung von Antrieb und Affektivität zu erreichen. Wegen des Fehlens von Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht bei gleichzeitig selbst- und fremdschädigendem Verhalten, z.B. kritiklose Geldausgaben oder Vertragsabschlüsse, ist bei manischen Patienten oft eine zwangsweise Unterbringung und Behandlung erforderlich, zumindest im Erkrankungsbeginn.

Bei den endogenen Psychosen vom schizophrenen Formenkreis stehen die "Neuroleptika" im Vordergrund der medikamentösen Behandlung. Diese Gruppe von Psychopharmaka beeinflußt bestimmte Zielsymptome schizophrener Psychosen, z.B. paranoid-halluzinatorische Erlebnisproduktionen, affektive Gespanntheit und psychomotorische Erregung, ohne die Helligkeit des Bewußtseins wesentlich zu beeinträchtigen. Nach HAASE (1977) kann man damit rechnen, daß sich nach 3-wöchiger Behandlungsdauer in 89 % der frischen Erkrankungen ein wesentlicher Effekt der neuroleptischen Therapie auf die schizophrene Symptomatik einstellt. Dabei gilt es als gesicherte Erfahrung, daß der neuroleptische Therapieerfolg um so schneller und ausgeprägter eintritt, je dynamischer und produktiver das psychopathologische Bild der Psychose gestaltet ist. Dieser Befund ist in zweierlei Hinsicht bedeutsam. Zum einen ist die durchschnittliche Dauer der stationären Behandlung, welche in der Mehrzahl der akuten schizophrenen Psychosen nicht zu umgehen ist, bei den katatonen und paranoid-halluzinatorischen Formen mit etwa 6 Wochen, bei den hebephren-einfachen Formen mit etwa 12 Wochen anzusetzen (HEINRICH 1976). Zum anderen wird der Einsatz von Neuroleptika im Bereich der schizophrenen Minussymptomatik, d.h.

der Antriebsverarmung, Gefühlsverödung und sozialen Abkapselung bei den Prozeßverläufen und Residualsyndromen, immer bedeutungsloser (HAASE 1977).

Von größter Wichtigkeit für die Pharmakotherapie der Schizophrenie ist die Weiterbehandlung mit Neuroleptika nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Gerade hier ergeben sich aber große Schwierigkeiten. Nach HUBER und Mitarbeitern (1976) ist die Einstellung der Erkrankten zu ihrer Krankheit ein sehr wesentlicher Problemfaktor. Nur 12 % der von ihnen befragten Patienten waren über ihre Diagnose informiert und akzeptierten diese. In diesen Sachverhalt gehen in je unterschiedlichem Ausmaß ein: verständliches Verschweigen bwz. bagatellisierendes Umschreiben der Krankheitsbezeichnung durch Arzt, Personal und Angehörige; krankheitsbedingtes Nicht-Verstehen-Können des eigenen Krankseins in der akuten Erkrankungsphase; selbstwertschützendes Nicht-Wahrhaben-Wollen des Krankseins während oder nach der Remission. Hinzu kommt, daß ein nicht unwesentlicher Anteil der entlassenen Patienten die ambulante Nachbehandlung auch wegen störender Nebenwirkungen der Neuroleptika abbricht. Als subjektiv belastend werden vornehmlich angegeben: unwillkürliche Muskelsteife oder Muskelunruhe, z.B. Sitzunfähigkeit durch Unruhe der Beinmuskulatur, Kreislaufstörungen, Sexualstörungen, Gewichtszunahme. So erklärt es sich, daß sich nach HUBER und Mitarbeitern (1976) nur 37 % der wirklich behandlungsbedürftigen Patienten in ärztlicher Betreuung befinden; davon 21 % in nervenärztlicher, 16 % in hausärztlicher Betreuung. Als wesentlicher Fortschritt wird in diesem Zusammenhang die Entwicklung von Depotpräparaten angesehen, welche dem Patienten im Abstand von 2 oder 3 Wochen intramuskulär injiziert werden und so eine kontrolliertere und effektivere Nachbehandlung ermöglichen (HAASE 1977).

Die Einführung der Psychopharmaka und damit die Entwicklung wirksamer Behandlungsverfahren im Bereich der endogenen Psychosen hat eine entscheidende Veränderung der psychiatrischen Versorgung dieser Klientel eingeleitet, die sich vor allem auf

dem stationären Sektor bemerkbar macht. Der durchschnittliche Aufenthalt eines Kranken in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus der Bundesrepublik lag im Jahre 1935 zwischen 5 und 6 Jahren, gegenwärtig beträgt er etwa 3 - 6 Monate (ENQUETE 1973). Hinter diesen Durchschnittswerten verbirgt sich ein erheblicher Rückgang der Dauerunterbringungen, welcher sich auch in einer Abnahme der Bettenzahl für psychotisch Kranke, speziell für schizophrene Patienten, äußert. Gerade für diese Krankheitsgruppe hat der früher langfristige Aufenthalt in psychiatrischen Großkliniken fast regelmäßig ernste Folgeerscheinungen mit sich gebracht, für die sich in der Literatur die Bezeichnungen "Anstaltsneurose" (BARTON 1959), "Institutionalismus" (WING und BROWN 1961) und "Anstaltssyndrom" (FREUDENBERG 1962) eingebürgert haben. Obereinstimmend gemeint ist damit ein Zustandbild, das gekennzeichnet ist durch weitgehenden Antriebs-, Aktivitäts- und Interessenverlust, Vernachlässigung der persönlichen Gewohnheiten der Körper- und Kleiderpflege und Verarmung der Sozialkontakte, speziell derer zur Außenwelt.

Nach FREUDENBERG (1962) sind es vor allem 3 Faktoren, die die Entwicklung eines solchen Anstaltssyndroms bei chronischen Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von 2 und mehr Jahren fördern:

1) der Verlust des Kontaktes mit der Familie und der Bevölkerungsgemeinschaft des Versorgungsgebietes, der die Isolierung weiter fördert;

2) die Anstaltssituation, die den Patienten hindert, an Entscheidungen über sein tägliches Leben teilzunehmen und ihn damit noch weiter in eine Situation der Abhängigkeit bringt;

3) das Verlernen normaler Arbeitsgewohnheiten, das den Patienten erwerbs- und konkurrenzunfähig macht.

Dieser durch die Pharmakotherapie verringerten, aber auch nicht gänzlich zu vermeidenden Gefahr von Hospitalisierungs-

schäden versucht man heutzutage durch Strukturveränderungen des Anstaltsmilieus entgegenzuwirken.

Auf der anderen Seite hat sich auch die durch die Pharmakotherapie ermöglichte Frühentlassung von Patienten mit endogenen Psychosen als nicht unproblematisch erwiesen. Schon bald nach der Einführung der Psychopharmaka in die klinische Praxis zeigte sich in statistischen Untersuchungen, daß mit der Verringerung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer eine Zunahme der Wideraufnahmezahl speziell schizophrener Patienten verbunden war (BRILL 1959, CHRISTE 1960, AUCH 1963, MÖLLER u.a. 1966). Für diesen inzwischen wiederholt bestätigten Befund hat sich die bildhaft-anschauliche Bezeichnung "Drehtürpsychiatrie" durchgesetzt (HAASE 1977).

Die hilfreichen Erfahrungen mit der Psychopharmakabehandlung haben gleichzeitig deren Grenzen erkennen lassen. Nach weitgehend übereinstimmender Auffassung bildet die Pharmakotherapie gegenwärtig die medizinische Grundlage eines psychiatrischen Gesamtbehandlungsplanes, der mit psychagogischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Bemühungen darüber hinaus die soziale Dimension des Krankheitsprozesses mit deren vielfältigen Aspekten berücksichtigen sollte (GASTAGER und SCHINDLER 1961, HÄFNER und v. ZERSSEN 1964, KOESTER und KLAGES 1972, SCHULTE und TÖLLE 1977).

Die psychagogischen Verfahren (vgl. DÄUMLING 1970), nämlich Arbeits- und Beschäftigungstherapie, haben in diesem Zusammenhang die längste Geschichte.
Bereits im 19. Jahrhundert erfolgte die Unterbringung von Geisteskranken in den zumeist abseits von den städtischen Bevölkerungsgebieten gelegenen Anstalten sowie deren teilweise Beschäftigung in der Landwirtschaft. Nach BAUER u.a. (1973) lag dieser Art der ärztlichen Versorgung das "romantische Vorurteil von einer moralisch heilsamen Wirkung ländlicher Abgeschiedenheit auf die 'Geisteszerrüttung'" zugrunde. Beispielgebend für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Behand-

lungsverfahren erwies sich dann die Einführung einer systematischen Arbeitstherapie in der damals neuerbauten Gütersloher Heil- und Pflegeanstalt durch SIMON (1929). Seine Vorstellungen zielten darauf ab, dem untätigen Herumsitzen der Patienten auf den Krankenhausabteilungen abzuhelfen, der Entwicklung bizarrer Verhaltenseigentümlichkeiten vorzubeugen, die psychotisch Kranken von ihren pathologischen Denkinhalten abzulenken, den gesund gebliebenen Teil der Persönlichkeit anzusprechen, deren Betätigungsdrang, Leistungsstreben und Wertorientierung zu erhalten bzw. wiederzuerwecken und schließlich auch das Gemeinschaftsgefühl zu fördern. Das Grundkonzept der SIMONschen Arbeitstherapie, nämlich in Form einer "aktiveren Krankenbehandlung" zu versuchen, "das Gesunde im Kranken hervorzuholen", und zwar "abgestuft nach den verbliebenen Kräften des Kranken" bis hin "zur obersten Grenze der Leistungsfähigkeit" hat bis heute nichts an Aktualität eingebüßt.

Historisch betrachtet wurde allerdings der arbeitstherapeutische Ansatz durch das Aufkommen der somatischen Behandlungsverfahren in den Hintergrund gedrängt. Hinzu kam, daß die vorwiegend landwirtschaftlich und handwerklich orientierten Arbeiten für Patienten aus dem zunehmend wachsenden industriellen und administrativen Berufsbereich an motivierender Anziehungskraft verloren. Erst als die Erfahrung zeigte, daß auch den erfolgversprechenden medikamentösen Behandlungsverfahren Grenzen gesetzt sind, gewann die Arbeitstherapie im weiteren Rahmen sozialpsychiatrischer Versorgungskonzepte wieder zunehmend an Gewicht (HOHM 1977).

Psychotherapeutische Verfahren sind auf dem Gebiet der Behandlung endogener Psychosen lange Zeit sehr zurückhaltend angewandt worden. Dies lag nicht zuletzt daran, daß die frühen psychoanalytischen Auffassungen (ABRAHAM 1908, FREUD 1911) in den endogenen Psychosen narzißtische Neurosen sahen, d.h. psychodynamische Konstellationen, die durch eine Triebbesetzung nicht der realen Außenwelt, sondern der psychischen Innenwelt gekennzeichnet seien.

Die damit verbundene Störung der zwischenmenschlichen Beziehung äußere sich auch in der psychoanalytischen Behandlungssituation durch einen Mangel an Obertragungsfähigkeit des Patienten, womit ein grundlegendes Element für die Psychotherapie fehle.

Die theoretischen Auffassungen FREUDs wurden von späteren Autoren ebenso revidiert wie das therapeutische Vorgehen und die düstere Prognosestellung. Dabei haben die schizophrenen Psychosen weitaus mehr psychotherapeutisches Interesse gefunden als die zyklothymen Psychosen. Einen Einblick in die psychoanalytischen Erfahrungen mit der Einzeltherapie vermitteln MATUSSEK (1976), mit der Familientherapie BOSZORMENYI-NAGY und FRAMO (1975). Hinweise hinsichtlich gesprächstherapeutischer Möglichkeiten finden sich bei ROGERS und Mitarbeitern (1967), bezüglich verhaltenstherapeutsicher Vorgehensweisen bei FLORIN und MEYER-OSTERKAMP (1974).

Nach einer Phase der modellhaften Erprobung bieten die psychotherapeutischen Verfahren in der Gegenwart mehrere Möglichkeiten einer effektiven Bereicherung des psychiatrischen Gesamtbehandlungsplanes der endogenen Psychosen, welche allerdings in den klinischen Alltag bislang nur vereinzelt Eingang gefunden haben(ROSENBAUM und BEEBE 1975, ENGELMEIER 1977, DÖRNER und PLOG 1978).

Bei den endogenen Depressionen erscheint während der akuten Erkrankungsphase neben der thymoleptischen Basistherapie eine fortlaufende psychagogische Führung (HAASE 1977) bzw. psychotherapeutische Stützung (SCHULTE und TÖLLE 1977) hilfreich, um den von Insuffizienz- und Schuldgefühlen gequälten und oft suizidal verzweifelten Kranken zu unterstützen. Daneben ist eine eingehende Beratung der Angehörigen angezeigt, die sich dem Kranken gegenüber weitgehend hilflos fühlen und selbst unterstützende Ermutigung und konkrete Verhaltenshinweise brauchen. In der Remissionsphase ist anschließend eine gezielte Anregung und abgestufte Aufgabenstellung bei gleichzeitigem

Versuch der Veränderung depressionsunterhaltender Denkschemata angezeigt, wofür die Verhaltenstherapie wertvolle Ansatzmöglichkeiten aufgezeigt hat (HOFFMANN 1976, SCHULTE und TÖLLE 1977).

Bei den endogenen Psychosen des schizophrenen Formenkreises stellen sich dem behandelnden Psychiater, dem Stationspersonal und den Angehörigen im mitmenschlichen Umgang mit dem Patienten Schwierigkeiten entgegen, für die das sonst tragende gemeinsame Verständnis keine Lösungsformen verfügbar hat. Die psychodynamische Betrachtungsweise vermag hier für den alltäglichen Umgang mit dem Patienten während der stationären Unterbringung eine fundierte Hilfestellung anzubieten, die neben der neuroleptischen Basistherapie dazu verhilft, eine verständnis- und vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen (BENEDETTI 1964). Psychoanalytische Langstreckenbehandlungen schizophrener Patienten in Form von Einzel- oder Gruppentherapie haben auch heute noch modellhaften Ausnahmecharakter, obwohl ihre Wirksamkeit empirisch belegt werden kann (MATUSSEK 1976). Wohl aber versucht man in zunehmendem Maße durch gruppendynamische Behandlungsformen die soziale Beziehungsfähigkeit und persönliche Initiative psychotischer Patienten zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen. Dies kann auf verschiedene Weise geschehen.

Die Einrichtung einer "therapeutischen Gemeinschaft", um deren Entwicklung sich der englische Psychiater Maxwell JONES (1952) vorbildlich verdient gemacht hat, stellt die wohl verbreitetste Form dieses Versuches dar. Zielvorstellung ist dabei die Anleitung der Patienten zu selbstverantwortlicher Aktivität und gegenseitiger Hilfeleistung bei allen auftauchenden Alltagsproblemen auf der Station, wobei diese durch möglichst demokratische Umstrukturierung die Voraussetzung eines entsprechenden sozialen Rahmens zu erarbeiten hat. ROHDE (1962) und FINZEN (1969) haben die Bedeutung einer solchen sozialen Umstrukturierung im Einzelnen beschrieben. Als zentral erscheint ihnen die Ermöglichung und Ermutigung zu einer neuen Rolle des

Kranken. Während von diesem traditionell nur die passive Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erwartet wurde, welche ihm von Fachleuten vorgegeben wurden, soll er in der therapeutischen Gemeinschaft durch Mitsprache- und Vorschlagsrecht möglichst aktiv an der Gestaltung des Stationslebens teilnehmen. Das Gefälle zwischen den Lebensbedingungen des psychiatrischen Krankenhauses und der normalen Umwelt soll so gering wie möglich gehalten werden, um die Fähigkeit zur aktiven Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen der Außenwelt zu erhalten und zu fördern. Welche konkreten Möglichkeiten sich zur Verwirklichung eines solchen Vorhabens anbieten und welche Schwierigkeiten sich ihm in den Weg stellen berichten z.B. GASTAGER (1964), HÄFNER (1966), PLOEGER (1972), sowie KAYSER und Mitarbeiter (1973).

Die Durchführung einer "bifokalen Gruppentherapie" ist eine weitere Form der gruppendynamischen Behandlung schizophrener Patienten, welche an der Wiener Psychiatrischen Klinik von R. SCHINDLER (1958) entwickelt wurde. Hauptmerkmal dieser Methode ist die systematische Einbeziehung der Angehörigen in den Behandlungsprozeß. Dabei werden 6 - 7 schizophren Kranke in einer Patientengruppe, deren Eltern, Ehegatten und sonstige nahe Bezugspersonen in einer Angehörigengruppe zusammengefaßt und gemeinsam von einem Therapeuten und Cotherapeuten 1 - 2mal wöchentlich über ein Jahr lang betreut. Einsatzziel ist die Aufarbeitung starrer Rollenbeziehungen in den Familien schizophrener Patienten, welche das kranke Familienmitglied oft in eine Omega-Position des Schwächsten in der Gruppe halten. Durch ein vorübergehendes Besuchsverbot der anfangs stationär aufgenommenen und neuroleptisch behandelten Patienten sowie durch die Gruppentrennung wird dabei die Sichtbarmachung und Umgestaltung der Familienbeziehungen an zwei Brennpunkten gleichzeitig bearbeitet. Remissionsdauer und -niveau derart behandelter Schizophrener übertreffen nach den langjährigen Erfahrungen SCHINDLERs (1976) nachweislich die erreichbaren Erfolge bei reiner Somatotherapie oder anderen Kombinationstherapien.

Die Form der "Familientherapie" bietet eine weitere Möglichkeit der gruppendynamischen Behandlung schizophrener Patienten, bei welcher das familiäre Beziehungsgefüge des Kranken auch in der Therapie erhalten bleibt und deren Gegenstand ist. Diese Methode wurde zunächst auf psychodynamischer, später auch auf rollentheoretischer und kommunikationstheoretischer Grundlage vor allem in den USA entwickelt. Über Hintergründe und Einzelheiten dieser in Deutschland noch sehr seltenen Behandlungsform informieren KAUFMANN (1972, 1976), BOSZORMENYI-NAGY und FRAMO (1975), STIERLIN (1975) sowie PALAZZOLI und Mitarbeiter (1977).

Insgesamt gehen alle diese psychotherapeutischen Ansätze von der Notwendigkeit und Wirksamkeit einer Bearbeitung der sozial-emotionalen Probleme schizophrener Patienten neben deren medikamentöser Basisbehandlung aus. Stimmen, welche eine derartige gefühlsstimulierende Behandlungsform bei schizophrenen Patienten für gefährlich, ja kontraindiziert halten, sind in jüngster Zeit, wenn auch nur vereinzelt, laut geworden (HUBER 1976, HÄFNER 1976, 1977). Sie berufen sich dabei vor allem auf Untersuchungsbefunde der Londoner Arbeitsgruppe um BROWN und WING (1962, 1972), welche eine erhöhte Rückfallrate schizophrener Patienten aus Familien mit intensiven emotionalen Beziehungen sowie schlechtere Rehabilitationserfolge bei einer Gruppe chronischer Schizophrener mit intensiver Gruppentherapie feststellten. Diese Autoren möchten den schizophrenen Rückzug aus gefühlsstarken Sozialbezügen als Selbstschutzmaßnahme akzeptiert wissen und schlagen zum Training sozialer Fertigkeiten der Patienten eher klar strukturierte und verhaltenstherapeutisch orientierte Programme vor.
Eher in diese Richtung konzipiert sind auch die sog. "soziotherapeutischen Gruppen" (BOSCH 1972, BAUER u.a. 1973). Diese sind zahlenmäßig größer als psychotherapeutische Gruppen. Sie umfassen oft ganze Stationen oder bestimmte Therapiebereiche (Stationsversammlungen, Arbeitsgruppen, Hauszeitungskomitees usw.). Während psychotherapeutische Gruppenaktivitäten affektive Störungen angehen und dadurch bearbeiten, daß sie diese

im sozialen Kontext der Gruppe zunächst einmal hervortreten lassen und bewußt erlebbar machen, arbeiten soziotherapeutische Gruppen stets sachbezogen und versuchen, soziales Verhalten im Rahmen gemeinsamer Gruppenaktivitäten gezielt anzuregen und durch verstärkende Eingriffe des Therapeuten zu festigen. Zugrunde liegt ein eher lerntheoretisch-verhaltensmodifizierendes Konzept in sozialem Rahmen, weshalb BOSCH (1972) auch von "Methoden der Soziokonditionierung" spricht.

Die moderne Psychiatrie läßt im Bereich der Behandlung der endogenen Psychosen, speziell der Schizophrenien, einen generellen Trend zur Integration verschiedenartiger Behandlungsverfahren erkennen. Davon ausgehend, daß beim gegenwärtigen Stand unserer theoretischen Erkenntnisse und therapeutischen Fähigkeiten bei einem Großteil der Erkrankten eine echte Heilung im medizinischen Sinne nicht möglich ist, bemüht man sich, die Kranken auch bei bleibenden psychischen Behinderungen möglichst umfassend wieder in die soziale Wirklichkeit einzugliedern. Bei diesen rehabilitativen Maßnahmen gewinnen soziale Formen der Beeinflussung des Krankheitsprozesses zunehmend an Gewicht im psychiatrischen Gesamtbehandlungsplan. Wegen dieser zunehmend sozial verfahrenden und sozial zielgerichteten Orientierung versteht sich die moderne Psychiatrie mehr und mehr als "Sozialpsychiatrie" (vgl. die hierin konvergierenden Stellungnahmen in der ENQUÊTE 1973).

Eine systematische theoretische Grundlage für die derzeit noch weitgehend intuitiv und pragmatisch verfahrenden verschiedenartigen rehabilitativen und soziotherapeutischen Programme steht noch aus (HÄFNER 1976). Einen durch empirische Forschungsarbeit abgesichterten Ansatz hat vor allem die Londoner Arbeitsgruppe um WING und BROWN (1970) vorgelegt. Zentraler Begriff ihres Rehabilitationskonzeptes ist der des "handicaps", der Benachteiligung oder besser Behinderung mit ihren unterschiedlichen Ausprägeformen und Bedingungsfaktoren. Primäre oder intrinsische Handicaps sind die Symptome des Krankheitsprozesses selber, welche positiv (z.B. in Form florider psy-

chotischer Symptome) wie negativ (z.B. als in Form residualen Antriebsmangels und Affektverflachung) in Erscheinung treten können. Sekundäre oder extrinsische Handikaps entstehen durch sozial nachteilige Reaktionen auf die erkrankte Person, gleichgültig, ob es sich dabei um Verhalten des familiären oder beruflichen Umfeldes, des Krankenhauses oder der Nachbarschaft handelt. Eine dritte Gruppe von Behinderungen, auch als tertiäre Handikaps bezeichnet, liegen nach WING (1972) in der sozialen Stellung der erkrankten Person insgesamt begründet, ohne mit der Krankheit selbst notwendigerweise zusammenzuhängen, z.B. Schulbildung und Berufsstand, familiärer Rückhalt und soziales Milieu usw.. Die umfassenden Kenntnisse der jeweils vorliegenden Behinderungen und ihrer Bedingungen ist nach Meinung dieser Forschergruppe Grundvoraussetzung für einen sozialpsychiatrischen Gesamtbehandlungsplan mit realistischen Zielsetzungen.

Die praktischen Probleme, welche sich bei der Therapie und Rehabilitation psychotischer Patienten ergeben, sind in den letzten Jahren immer stärker in das Bewußtsein der Behandelnden wie auch der Bevölkerung gerückt. Der Deutsche Bundestag berief 1971 eine Sachverständigen-Kommission mit dem Auftrag, eine Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik zu erstellen. Neben einer Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Versorgungssituation wurden darin auch Zielvorstellungen über zukünftige Strukturveränderungen festgehalten. Mit großer Übereinstimmung wurden von den vertretenen Sachverständigen folgende sozialpsychiatrische Forderungen formuliert: Umgestaltung der vorhandenen psychiatrischen Großkrankenhäuser, Einrichtung psychiatrischer Abteilungen beim Neubau von Allgemeinkrankenhäusern, interne Teamarbeit der beteiligten Berufsgruppen der Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pfleger und Schwestern usw., Förderung entsprechender Ausbildungsgänge und Arbeitsplätze, Aufbau oder Ausbau halbstationärer Behandlungsmöglichkeiten wie Tages- und Nachtkliniken, Übergangsheime usw., Einrichtung ambulanter Vorsorge- und Nachbehandlungsdienste in enger Zusammenarbeit mit den niedergelas-

senen Nervenärzten und kommunalen Fürsorgeeinrichtungen mit dem Ziel einer möglichst lückenlosen Behandlungskette. Der Umfang der geforderten Strukturreformen auf institutionellem, personellem und gesetzlichem Sektor ist beträchtlich; die praktische Umgestaltung wird zunächst nur schrittweise zu vollziehen sein, so etwa wie in den Modellversuchen in Mannheim oder Hannover. Neben der entsprechenden Unterstützung durch die politisch Verantwortlichen wird die Wirksamkeit der angestrebten Veränderungen für den betroffenen Kranken aber auch weiterhin in besonderem Maße vom Verständnis und Verhalten seiner Mitmenschen abhängen.

2.2. Endogene Psychosen in populärer Sicht

2.2.1. Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung

Zu dem Problemkreis der Einstellung der Bevölkerung gegenüber Geisteskrankheiten wurden vor allem im angloamerikanischen Raum zahlreiche empirische Untersuchungen durchgeführt, die im einzelnen aufzulisten, den Rahmen der vorliegenden Arbeit bei weitem sprengen würde. Die wichtigsten und bahnbrechenden Arbeiten sollen jedoch, in Anlehnung an die Übersicht von RABKIN (1974) genannt sein.

Erste Untersuchungen zu diesem Thema wurden bereits in den 50er Jahren durchgeführt. Die wohl umfangreichste Untersuchung machte das Ehepaar John und Elaine CUMMING (1950/51) in einer kleinen kanadischen Stadt der Provinz Saskatchewan. Besonderes Gewicht wurde dabei auf eine mögliche Einstellungsänderung mit Hilfe eines 6-monatigen Aufklärungsprogramms gelegt. Es wurden Informationsabende mit Filmvorführungen und anschließenden Diskussionen veranstaltet.

In Rundfunksendungen und Tageszeitungen wurden Probleme psychischer Erkrankungen ebenfalls thematisiert. Besonders auf drei Behauptungen wurde immer wieder verwiesen:

1. Der Spielraum normalen Verhaltens ist größer als allgemein vermutet wird.
2. Abweichendes Verhalten ist nicht zufällig, sondern hat eine Ursache.
3. Normales und abweichendes Verhalten sind Spielarten des gleichen Kontinuums.

Während die Bevölkerung des Städtchens die ersten beiden Annahmen bejahte, zeigte sich gegenüber der dritten Behauptung hartnäckige Ablehnung, die sich gegen Ende des ersten halben Jahres der Aufklärungskampagne sogar in eine aggressiv-abwehrende Haltung verhärtete.

RAMSEY und SEIPP (1948a) führten eine standardisierte Befragung an 345 Bewohnern der Stadt Trenton durch, die in Bezug auf Geschlecht, Alter, Religionszugehörigkeit, Bildungsgrad, Berufstätigkeit und Herkunftsland repräsentativ für die Bewohner der ganzen Stadt sein sollte. Hauptuntersuchungsinstrument waren sechs Fragen, die den Wissenstand über Entstehung und Behandlung psychischer Krankheiten erfassen sollten. Da die Fragen in ihrer Formulierung sehr restriktiv sind und relativ wenig Antwortmöglichkeiten gestatten, darüber hinaus das gesamte Instrument wegen seines mangelnden Umfangs anzuzweifeln ist, müssen die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden.

1. Have you any ideas why people go insane?
2. If someone you know began to show signs of very strange or odd behavior, do you believe anything could be done to help him oder her?
3. Do you believe that insanity is God's punishment for some sin or wrongdoing?

4. Do you or do you not think that insanity ist inhereted?
5. Do you or do you not believe that people who are around those who are insane tend to become odd or strange themselves?
6. Some people believe that poor living conditions are a cause of insanity. Others disagree. What is your opinion?

Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, daß je höher der Bildungsgrad und der Berufsstatus der Befragten waren, desto größere Heilungsaussichten vermutet wurden und desto größer auch die Bereitschaft war, fachärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Psychische Krankheiten wurden kaum als Strafe für sündhaftes Verhalten angesehen. Bildungsgrad und Berufsstatus korrelierten weiterhin mit der Vermutung, daß Geisteskrankheiten keine verheerenden Folgen für diejenigen nach sich ziehen, die sich mit den betroffenen Menschen beschäftigen und daß ungünstige Lebensbedingungen ebenfalls kein Prädiktor für Geisteskrankheiten sind.

Wissenschaftlich ausgefeilter ist die Untersuchung von NUNNALLY (1961), die ebenfalls die Erfassung der öffentlichen Meinung gegenüber Geisteskrankheiten zum Ziel hatte. Hauptmeßinstrument dieser Untersuchung ist das Semantische Differential, ein von OSGOOD, SUCI und TANNENBAUM 1957 entwickeltes Verfahren, um mit Hilfe abgestufter Bewertungen, in der Regel Adjektiven, die Assoziationen der Versuchsperson zu einem vorgegebenen Objakt zu erfassen. Zusammenfassend stellte NUNNALLY fest, daß Geisteskrankheiten mit Furcht, Abscheu und Mißtrauen angesehen werden; "ein heftiger negativer Halo-Effekt umgibt sie; alles an ihnen gilt als schlecht" (S. 233). Die Attitüden in den einzelnen Untergruppen der Bevölkerung differieren kaum. Während markante Unterschiede in der Art der Information bestehen, die ältere und jüngere Leute, gebildete und weniger gebildete Leute haben, ist der Unterschied zwischen den Einstellungen relativ klein. "Alte und junge Menschen, mit hohem und mit niedrigem Bildungsniveau - alle tendieren dazu , den

Geisteskranken als relativ gefährlich, schmutzig, unberechenbar und wertlos anzusehen." (S. 51)

In ihrer Vorgehensweise noch differenzierter war Shirley STAR (1955). Ziel ihrer Studie war es, herauszufinden, ob Personen verschiedenartige Verhaltensweisen als Manifestationen psychischer Krankheiten zu identifizieren vermögen. Zu diesem Zweck konstruierte sie sechs Falldarstellungen, die eine neurotische Depression, eine paranoide Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, eine Schizophrenia simplex, einen Alkoholabusus, eine jugendliche Charakterstörung und eine Angstneurose beschreiben. Die 3.500 Befragten hatten zu entscheiden, ob mit den beschriebenen Personen irgend etwas nicht stimme, warum sie sich so verhielten, ob es sich in den vorliegenden Fällen um Geisteskrankheiten handele, und ob der einzelne Fall besonders ernst sei oder nicht. STAR kam in ihrer Untersuchung zu der Beobachtung, daß bei den Befragten ein großer Widerstand besteht, eine Person als geisteskrank zu identifizieren und daß man nur in besonders schweren Fällen wie dem der paranoiden Psychose zu solchen Etikettierungen greift.
Die Kriterien, die nach Auffassung der Befragten Geisteskrankheit bedingen sind:

a) Zusammenbruch der Verstandesfunktion

b) Verlust der Kontrolle über das eigene Verhalten und

c) extrem unpassendes Verhalten.

WHATLEY (1958/59) untersuchte die sozialen Einstellungen gegenüber entlassenen geisteskranken Menschen. Er hat nachweisen können, daß die Bevölkerung im allgemeinen eine Barriere zwischen sich und dem Geisteskranken errichtet, die für den Betroffenen die Gefahr der zunehmenden Isolation und schlechteren Wiedereingliederung in die Gemeinschaft mit sich bringt. WHATLEY entwickelte eine soziale Distanzskala in Anlehnung an BOGARDUS, wobei die einzelnen Statements von gering bis stark ausgeprägtem sozialem Engagement reichten. Die Versuchsperso-

nen mußten ihre Bereitschaft oder Ablehnung angeben, mit ehemals psychisch kranken Menschen zu verkehren. Das neutralste Item lautete: "It is best not to associate with people who have been in mental hospitals." Über 80 % der Befragten verneinten diese Aussage. Das Item mit der größten Bewertung lautete: "If I needed a baby-sitter, I would be willing to hiring a woman who had been going to see a psychiatrist." Lediglich 15 % der Probanden stimmten diesem Item zu, obgleich 36 % nichts dagegen einzuwenden hätten, wenn ihre Tochter einen Partner zum Mann hätte, der einen Psychiater aufgesucht hat. Zusammenfassend kam WHATLEY zu der Feststellung, daß man soziale Interaktionen mit psychisch kranken Menschen am ehesten dort vermeiden möchte, wo die Situation eine starke Nähe verlangt und umgekehrt die Bereitschaft zum Kontakt mit ihm dort am größten ist, wo die Situation relativ großen Unverbindlichkeitscharakter impliziert.

HOLLINGSHEAD und REDLICH (1958) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Einstellung gegenüber psychisch Kranken, der psychiatrischen Behandlung und der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht. Sie fanden, daß die Zugehörigkeit zu einer höheren sozialen Schicht mit einem breiteren Wissen über psychiatrische Behandlungsmethoden korrelierte, hier auch eine größere Bereitschaft vorhanden war, solche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Bei Angehörigen niedriger sozialer Schichten fand sich eher ein ausgesprochenes Informationsdefizit und ein ausgeprägter Widerstand gegenüber psychiatrischer Behandlung. Angehörige der untersten Schicht nahmen von sich aus überhaupt keine psychiatrische Hilfe in Anspruch, weder für sich selbst noch für ihre Angehörigen. Je niedriger die soziale Schicht, desto verbreiteter die Annahme, daß Geisteskrankheiten heimtückische körperliche Erkrankungen sind.

Wenngleich auch eine Reihe von Autoren in ihren Untersuchungen während der 60er Jahre zu optimistischeren Ergebnissen kamen, nämlich, daß eine psychische Erkrankung von einem Großteil der Bevölkerung als eine Krankheit wie jede andere auch angesehen

wurde, darf nicht übersehen werden, daß Furcht und Unwissenheit weiterhin das Bild des geisteskranken Menschen prägen.

Autoren, die zu eher hoffnungsvollen Aussagen in ihren Studien kamen, sind u.a.: CROCETTI, LEMKAU et al. (1962), CROCETTI, SPIRO & SIASSI (1971); MEYER (1964), ROOTMAN & LAFAVE (1969), BENTZ & EDGERTON (1971).
Das Untersuchungsinstrument in den Studien von CROCETTI et al. (1962) setzte sich zusammen aus drei STARschen Fallschilderungen (einer paranoiden Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, einer schizophrenia simplex und einem Alkoholabusus) sowie aus sechs Items der sozialen Distanzskala von WHATLEY. Die 1.937 Befragten der Stadt Baltimore gehörten alle einer unteren sozialen Schicht an und hatten ein relativ niedriges Bildungsniveau. 40 % waren von dunkler Hautfarbe und, wie die Autoren betonen, repräsentierten sie den Teil der Bevölkerung, der im allgemeinen eine eher abwehrende Einstellung gegenüber Geisteskrankheiten vertritt. Ergebnis der Untersuchung war, daß 50 % der Respondenten alle drei Falldarstellungen als Geisteskrankheiten ansahen und die überwiegende Zahl der Befragten der Meinung war, die betreffenden Personen sollten sich einer fachärztlichen Untersuchung unterziehen. Die Autoren interpretieren dieses Resultat als deutlichen Hinweis auf einen Wandel der Einstellungen gegenüber Geisteskrankheiten und im Vergleich zur Studie von CUMMING und CUMMING bestehe kein Hinweis auf eine Verdrängung des Problems.

Eine ähnlich angelegte Untersuchung wurde 10 Jahre später von der gleichen Forschergruppe mit gleichlautenden Ergebnissen durchgeführt. Zu fragen bleibt jedoch, ob die Autoren bei Anwendung eines anderen Untersuchungsinstruments zu den gleichen Beobachtungen gekommen wären. Den Versuchspersonen wurden nämlich Fragen mit geringem Antwortspielraum vorgegeben, so daß die 99 %-ige Zustimmung des Statements: "daß Leute, die geisteskrank sind, ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen sollten", eher als Beweis der Einflußnahme auf den Befragten anzusehen ist, als daß sie seine tatsächliche Einstellung widergibt.

ROOTMAN und LAFAVE (1969) vermuteten, daß die unterschiedlichen Ergebnisse der Studien von CUMMING und CUMMING (1950/51), sowie von CROCETTI und LEMKAU et al. (1962) möglicherweise auf die unterschiedlichen Stichproben zurückzuführen sind. Das Ehepaar CUMMING hatte seine Beobachtungen an einer ländlichen Bevölkerungsgruppe, LEMKAU und CROCETTI an Bewohnern einer Stadt gemacht. ROOTMAN und LAFAVE wählten für ihre eigene Untersuchung daher eine andere ländliche kanadische Stichprobe und verglichen ihre Ergebnisse mit denen von CUMMING und CUMMING des Jahres 1951. Sie berichteten, daß die Befragten ihrer Untersuchungsgruppe den Fragen psychiatrischer Erkrankungen aufgeklärter gegenüber stehen und die soziale Distanz zu den erkrankten Personen geringer ist als in der Studie von CUMMING und CUMMING, sie fügen jedoch vorsichtig hinzu, daß die verbale Äußerung der Attitüden noch kein Prädiktor für das tatsächliche Verhalten ist.

Zu wesentlich pessimistischeren Ergebnissen bezüglich der Einstellung der Bevölkerung gegenüber Geisteskranken kamen u.a. TRINGO (1970), SARBIN und MANCUSO (1972), BORD (1971), SCHRODER und EHRLICH (1968) sowie PHILLIPS (1963/64).
Sie kommen aufgrund ihrer Beobachtungen zu der Feststellung, daß Geisteskrankheiten von der Bevölkerung auch weiterhin nicht als solche erkannt werden und daß die Einstellung gegenüber diesen kranken Menschen und denen, die sie behandeln, von Abwehr und Distanz geprägt ist. Der wohl bedeutendste Vertreter dieser Richtung ist PHILLIPS. Aufgrund seiner statistischen Analysen fand er einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Ausprägungsgrad sozialer Abwehr und dem Ausmaß, in dem ein Mensch fachärztlich psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen muß. In späteren Untersuchungen wies PHILLIPS auf die Folgen hin, die eine psychiatrische Etikettierung für den Betroffenen haben kann. Er legte seinen Probanden neben vier STARschen Fallschilderungen eine "Placebo-Fall" zur Beurteilung mit Hilfe einer sozialen Distanzskala vor. Diese Fälle wurden einmal ohne, einmal mit dem Hinweis versehen, daß der Betreffende einmal geisteskrank gewesen sei. Wie sehr die ver-

balen Äußerungen aufgrund dieser Information voneinander abweichen, zeigt folgende Tabelle (zitiert nach STUMME, 1975, S. 28).

Prozentsatz derer, die den Umgang mit einer "normalen" Einzelperson befürworten, wenn sie nicht hospitalisiert bzw. hospitalisiert war.

Art der Beziehung	nicht hospitalisiert (in %) (n = 60)	hospitalisiert (in %) (n = 60)
- willigen in eine Heirat der Kinder ein	98,3	16,7
- vermieten einen Raum im eigenen Haus	100,0	40,0
- arbeiten am gleichen Arbeitsplatz	100,0	86,7
- sind in demselben Club	100,0	95,0
- haben ein nachbarschaftliches Verhältnis	100,0	96,7

Erst gegen Ende der 60er Jahre wurden erste empirische Untersuchungen, die die Einstellung der Bevölkerung gegenüber Geisteskranken zum Thema hatten, in Deutschland durchgeführt.

Zwei dieser Studien sollen wegen der Exaktheit ihrer methodischen Vorgehensweise ausführlicher dargestellt werden.

JAECKEL und WIESER (1966/67) führten eine erste, allgemein orientierende Befragung an einer Stichprobe von 150 Bewohnern der Stadt Bremen durch. Neben demographischen Merkmalen sollten auch die Einstellungskomponenten gegenüber Geisteskranken erfaßt werden.
In ihrer theoretischen Analyse der Betrachtungsweise der Bevölkerung kommen die Autoren zu der Feststellung, daß

"das Spezifische der Ablehnung des Geisteskranken ihr besonders umfassender Charakter zu sein scheint. Im Gegensatz zur Diskriminierung anderer mißliebiger Minderheiten, denen meist nur bestimmte Teilnahmechancen - etwa Berufe oder Ausbildungsmöglichkeiten oder Bereiche des geselligen Verkehrs verweigert werden, trifft den Geisteskranken eine Diskriminierung, die fast alle Lebensbereiche umfaßt. Bis auf seine biologische Erhaltung verweigert man ihm fast jegliche soziale Wechselwirkung. Selbst der Verbrecher wird noch in der Form in das soziale Leben mit einbezogen, daß man von ihm die Wiedergutmachung des Schadens bzw. die Abbüßung der Vergehens fordert. Nur vom Geisteskranken verlangt man gar nichts, außer daß man möglichst wenig mit ihm zu tun habe".
(JAECKEL und WIESER 1970, S. 6/7)

Zur Oberprüfung ihrer theoretischen Oberlegungen setzten die Autoren das semantische Differential als Instrument zur Messung der kognitiven und der bewertenden Einstellungskomponente ein. Zur Erfassung der Handlungsbereitschaft wählten sie eine soziale Distanzskala in Anlehnung an BOGARDUS (1925).

Das Polaritätsprofil des Geisteskranken wurde mit gleichfalls erhobenen Profilen des Verbrechers, des Asozialen und - als Gegenpol - eines Bremer Bürgers verglichen. Dabei schnitt der Geisteskranke in seiner Charakterisierung am schlechtesten ab, wobei die stärkste Ausprägung auf dem Faktor "Unberechenbarkeit" lag (mit den Attribuierungen: unberechenbar, unverantwortlich, unbeherrscht). Ihm folgte der Faktor "Unverständlichkeit" (mit den Attributen: verschwommen, fremdartig, unheim-

lich, unverständlich). In weiterer Abstufung rangierten die Faktoren "Unsicherheit", "Wert", "Aktivität" und "Potential".

Bei einem Vergleich der Profile des Geisteskranken und dem Verbrecher überrascht die Tatsache, daß dem Kriminellen nicht nur Fähigkeiten wie Tüchtigkeit, Zielstrebigkeit und Durchsetzungsvermögen attribuiert werden und man ihm darüber hinaus sogar deswegen Bewunderung zollt. Andererseits sieht man gerade wegen seines Potentials und seiner Aktivität eine akute Gefahr in ihm. Dem geisteskranken Menschen hingegen werden weder Aktivität noch irgendwelche Fähigkeiten anderer Art zugetraut.
Die Polaritätsprofile des Asozialen und des Geisteskranken wiesen keine signifikanten Unterschiede auf, wenngleich auch hier die Momente der Andersartigkeit (verschwommen, unheimlich, fremdartig) und der Unberechenbarkeit (unberechenbar, unverantwortlich, unbeherrscht) beim Geisteskranken vorherrschend waren.
Methodenkritisch merken die Autoren an, daß die Vergleichbarkeit der Profile insofern begrenzt ist, als man der Mehrdeutigkeit der Attribute Rechnung tragen muß. So stellte sich bei der Untersuchung heraus, daß die Befragten "unverantwortlich" z.B. beim Geisteskranken als "nicht fähig", beim Verbrecher als "nicht gewillt", eigenverantwortlich zu handeln, auffaßten. Auf dem Hintergrund dieser Erwägungen zeichnet sich dennoch als allgemein deskriptives Ergebnis ab, daß die den geisteskranken Menschen wesentlich beschreibenden Merkmale vor allem Unberechenbarkeit und Unverständlichkeit sind.

Die Bereitschaft zum sozialen Verkehr mit einem ehemals psychisch Kranken erwies sich, ganz in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von WHATLEY (1958/59) dort am größten, wo die Intensität sozialer Interaktion am geringsten war. Die Befragten begegneten dem ehemaligen Patienten durchweg mit Mißtrauen und wollten sich beim Arzt vergewissern, ob denn auch "wirklich alles in Ordnung" sei mit ihm, ehe man ihn probeweise in ihrer Mitte aufnehmen wollte. Besonders ausgeprägte

Zurückhaltung zeigte sich im Berufsbereich. So war kaum einer der Befragten bereit, einem ehemals psychisch Kranken eine verantwortungsvolle berufliche Position anzuvertrauen; vielmehr wurden ihm untergeordnete, meist handwerkliche Tätigkeiten zugewiesen, die kaum Anforderungen an Konzentration, Präzision und andere intellektuelle Fähigkeiten an ihn stellten.

Ein Vergleich der referierten Einstellungskomponenten mit demographischen Daten der Respondenten zeigte einen hochsignifikanten Zusammenhang lediglich bei der Variablen Schulbildung. Die signifikante negative Korrelation zwischen der negativen kognitiven und bewertenden Einstellung zum Geisteskranken und der Variable "Bildung" erhärtet nach Ansicht der Autoren die Annahme, daß sich mit zunehmendem Bildungsniveau eine vorurteilsfreiere Einstellung gegenüber Geisteskranken abzeichnet. Daß sich aber andererseits die Kontaktbereitschaft mit steigendem Bildungsniveau reduziert, sehen die Autoren darin begründet, daß Menschen, die selbst hohen intellektuellen Anforderungen gerecht werden müssen, eine "erhöhte Empfindlichkeit gegenüber geistigen Störungen und Ausfallerscheinungen" zeigen.
Ein weiterer signifikanter Zusammenhang fand sich zwischen den Variablen "Alter" und "mangelnde Kontaktbereitschaft", sowie "Alter" und "Gefährlichkeit des Geisteskranken". Die Autoren vermuten, daß das Stereotyp des Geisteskranken, so wie es sich vor dem Einsatz psychopharmakologischer und anderer moderner Therapeutika zeigte, bei älteren Menschen unserer Gesellschaft noch vorherrscht.

Eine negativ getönte Einstellung fand sich auch bei weiblichen Personen der Stichprobe; hier sehen JAECKEL und WIESER die Ursache darin, daß Frauen sich antizipierten Gewalthandlungen bei Geisteskranken hilflos ausgeliefert sehen.
Ein völlig unerwarteter Zusammenhang ergab sich zwischen den Variablen "Einstellung gegenüber Geisteskranken" und "Erfahrungen mit Geistes- und Nervenkrankheiten". Die Tatsache, daß man auf irgendeine Weise mit psychisch Kranken in Berührung gekommen war, hatte keinerlei, - eine sogar eher negative - Ein-

wirkung auf die Kontaktbereitschaft und die Beurteilung der Unberechenbarkeit und Unverständlichkeit geisteskranker Menschen.

In einem weiteren Untersuchungsabschnitt versuchten die Autoren das Image des Geisteskranken in der Bevölkerung herauszuarbeiten, wobei ausschließlich offene Fragen verwendet wurden. Als Ergebnis dieses 2. Teils formulierten sie die These, "daß sich der Inhalt der sozialen Rolle des Geisteskranken dahingehend definieren läßt, daß er für die Umwelt ein prinzipielles Kontrollproblem darstellt".

Diese These wurde durch folgende Beobachtung bestätigt:

1. auf die von einem Vergleich der abstrakten mit der pragmatischen Definition von Geisteskrankheiten her begründbare Vermutung, daß das Publikum den Geisteskranken bei sich vor allem als praktisches Problem betrachtet;
2. auf seine Hervorhebung der sozialen als der schlimmsten Störwirkung von Geisteskrankheit;
3. auf die Bestimmung der Dimension der sozialen Kontrolle als derjenigen Ebene, auf der sich das Problem, daß der Geisteskranke für seine Umwelt darstellt, verschärft und zuspitzt und
4. auf die Herausarbeitung der beim Geisteskranken als problematisch erscheinenden Sanktionierbarkeit (S. 75).

Die Autoren resümieren, daß dadurch, daß die Beurteilung des Geisteskranken hauptsächlich in seiner schwierigen Kontrollierbarkeit verankert ist, eine sachlich informierende Aufklärung der Bevölkerung bislang erfolglos blieb. "Solange die Befürchtungen hinsichtlich der Unzuverlässigkeit und Unkontrollierbarkeit des Geisteskranken ungebrochen weiterbestehen, bilden sie den Nährboden für die fortlaufende Erneuerung übertriebener Ansichten zum Thema" (S. 77).

Für die praktische Aufklärungsarbeit der Öffentlichkeit legen die Autoren nahe, das gespannte Verhältnis zwischen der Bevölkerung und dem geisteskranken Menschen dadurch zu entschärfen, indem die Gründe für die Angst transparenter gemacht werden. Auch sollte nicht nur auf die Fortschritte der Behandlungsmöglichkeiten psychiatrischer Erkrankungen hingewiesen werden, sondern der Patient selbst sollte mit seinen sozialen und arbeitsmäßigen Fähigkeiten der Bevölkerung nähergebracht werden.

STUMME und Mitarbeiter (1971) führten eine Repräsentativbefragung der Düsseldorfer Bevölkerung durch. Es wurden ebenfalls noch bestimmte Berufsgruppen (Pädagogen, Philologen, Theologen, Redakteure, Parlamentarier und Polizeibeamte) und 50 psychisch Kranke zum Thema psychischer Erkrankungen befragt.
Wesentliches Ziel ihrer Untersuchung war die Erforschung der Frage, inwieweit der Laie in der Lage ist, den Problemkreis psychiatrischer Erkrankungen differenziert wahrzunehmen.
Die endgültige Stichprobengröße erfaßte 675 Personen, alle deutscher Staatsangehörigkeit und im Alter von 16 - 60 Jahren.

Als erstes Ergebnis einer semantischen Analyse des Erhebungsmaterials deutete sich an, daß die in der Umgangssprache vorgegebenen Differenzierungsmöglichkeiten zur Beschreibung psychisch abweichenden Verhaltens sehr viel breiter sind als durch vorangegangene Studien über Vorurteile des Laien dargelegt wurde, nämlich, daß unter dem Begriff "geisteskrank" die gesamte Palette abweichenden Verhaltens subsumiert wird.

Weiterhin interessierte die Frage nach Sanktionsmaßnahmen bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungsformen. Es zeigte sich, daß die Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus vom Laien lediglich bei schwer gestörten Persönlichkeiten in Erwägung gezogen wurde.

Eine nähere Untersuchung des Zusammenhangs zwischen psychischen Störungen und entsprechenden sanktionierenden Maßnahmen erbrachte eine eindeutige Übereinstimmung bezüglich der Zuord-

nung bestimmter Erscheinungsbilder zu ganz bestimmten Sanktionen, wobei sich keinerlei Unterschiede bei den Merkmalen Alter, Geschlecht, Schulbildung und Berufsposition zeigten.

STUMME analysierte weiterhin, ob die Beurteilung psychisch abweichenden Verhaltens möglicherweise durch nicht-psychiatrische Merkmale der betreffenden Personen mit determiniert sein könnte.
Zur Überprüfung dieser Frage wurden den Versuchspersonen drei STARsche Fallschilderungen vorgelegt mit der Aufforderung, das jeweilige Verhalten zu beurteilen; die Fallschilderungen beschrieben einen Angstneurotiker, einen Schizophrenen und einen Paranoiker. Das Geschlecht des Angstneurotikers und des Paranoikers wurden konstant gehalten, das des Schizophrenen so variiert, daß einem Teil der Respondenten die Fallgeschichte einer an Schizophrenie erkrankten jungen Frau vorgetragen wurde, einem anderen Teil die Krankengeschichte eines an dieser Krankheit leidenden jungen Mannes.
Auf die Frage, ob sich das Verhalten der beschriebenen Personen auf die näheren Angehörigen als sehr störend, störend, nicht sehr störend oder gar nicht störend auswirke, zeigte sich, daß das gleiche Ausmaß abweichenden Verhaltens als störender erlebt wird (43.9 %), wenn eine männliche Person betroffen ist als bei einer weiblichen Person (31.9 %), ein Resultat, das nahezu identisch ist mit den Beobachtungen von PHILLIPS (1964), nämlich, daß psychisch Kranke männlichen Geschlechts einer stärkeren Zurückweisung seitens der Umwelt ausgesetzt sind als weibliche Patienten.

Auch die Wahrscheinlichkeit, in eine psychiatrische Anstalt eingewiesen zu werden, wurde bei einem männlichen Schizophrenen höher veranschlagt als bei einer weiblichen Patientin gleicher Symptomatik. Oberraschend jedoch war, daß auf die Frage nach möglichen Sanktionsmaßnahmen im Falle der vorliegenden Störung lediglich 2 von 409 Befragten die Heilanstalt für angemessen hielten. Die Mehrheit war der Meinung, einen Psychiater zu konsultieren, und zwar unabhängig von der Geschlechts- bzw. Schichtzugehörigkeit des Patienten.

STUMME überprüfte weiterhin, ob die Zugehörigkeit der beschriebenen Patienten zu einer bestimmten sozialen Schicht die Beurteilung der Befragten beeinflussen könnte. Dabei ergab sich, daß die Schichtzugehörigkeit des schizophrenen Patienten keinerlei Einwirkung auf die Beurteilung hatte, wohl aber im Falle des Angstneurotikers und des Paranoikers. Das Verhalten der Patienten der unteren Schichten wurde als devianter eingestuft als Verhaltensweisen von Patienten der Oberschicht. So wurden mit Begriffen wie "geistesgestört" oder "geisteskrank" kaum Angehörige der Oberschicht und der Mittelschicht etikettiert, wohl aber der Paranoiker aus der Unterschicht. Die gleiche Tendenz zeigte sich bei der Zuweisung von Sanktionsmaßnahmen: So wurde der Paranoiker als Unterschicht-Angehöriger am härtesten, nämlich mit der Einweisung in eine Anstalt sanktioniert; während man bei einem Patienten der gleichen Diagnose jedoch als Angehöriger der Mittelschicht oder der Oberschicht wesentlich milder verfährt und erst einmal eine psychiatrische Untersuchung erwägt. Selbst beim Angstneurotiker der Unterschicht ist nur ein Drittel der Befragten der Meinung, der Patient solle sich mehr Ruhe gönnen und etwas ausspannen; jedoch weit über die Hälfte der Befragten hält diese Methode bei dem gleichen Patienten der Oberschicht für adäquat.

In Anlehnung an die Untersuchung von PHILLIPS (1966) ging STUMME ebenfalls der Frage nach, ob die Kenntnis um eine vorangegangene psychiatrische Behandlung die Beurteilung psychisch abweichenden Verhaltens beeinflussen würde. Während der Oberschicht-Angehörige von 70,4 % der Befragten für normal oder fast normal eingestuft wird, ergibt sich die gleiche Einschätzung lediglich bei 56.7 % der Befragten, wenn ihnen die zusätzliche Information gegeben wurde, daß der Betreffende sich bereits früher einmal in psychiatrische Behandlung begeben hat. Den gleichen Zusammenhang deckte STUMME bei Angehörigen der Unterschicht auf. Selbst beim Angstneurotiker, der keiner bestimmten Schicht zugeordnet wurde, fiel die Verhaltensbeurteilung bei Kenntnis um eine frühere stationäre oder

ambulante psychiatrische Behandlung negativer aus als ohne diese Zusatzinformation.

Bezüglich der Vorstellungen eines modernen psychiatrischen Krankenhauses, ergab sich ein sehr differenziertes Meinungsbild. Zwei- und Drei-Bettzimmer, wie sie in jedem anderen Krankenhaus an der Tagesordnung sind, wurden von nahezu allen Befragten vorgeschlagen. Desgleichen werden Maßnahmen, wie Gummizelle, Zwangsjacke und Elektroschock von der überwiegenden Mehrheit der Befragten abgelehnt, wenngleich auch hier vermutet wird, daß sie ebenso wie "Tütenkleben" in vielen Anstalten angewendet werden.

Zusammenfassend stellte STUMME fest, daß das Bild, das sich der Laie vom gegenwärtigen psychiatrischen Krankenhaus macht, stark an der Realität orientiert ist und daß die Vorstellungen über adäquate Behandlungsmaßnahmen so ist, wie "sie erst seit einigen Jahren von einer Minderheit innerhalb der Psychiatrie diskutiert wird".

2.2.2. Sichtweise und Verhalten von Familienangehörigen psychisch, speziell psychotisch Kranker

Die psychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen hat in den letzten Jahrzehnten eine deutlich positive Wende genommen. Prognosen für schwere psychische Störungen wie die der endogenen Psychosen lauten heute günstiger als noch vor 10 oder 20 Jahren. Durch die zweigleisige Behandlungsweise der modernen Psychopharmakatherapie einerseits und dem zunehmend an Bedeutung gewinnenden Bereich der einzelnen Therapieformen - sowohl Psychotherapie als auch arbeitsrehabilitative Maßnahmen andererseits - kann die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer etwa eines an Schizophrenie erkrankten Menschen

auf wenige Wochen oder Monate reduziert werden. In dem Maße aber, in dem auf rein medizinischem Sektor Fortschritte erzielt werden konnten, stellten sich Probleme im sozialen Bereich. "Wenn früher einer psychotisch wurde, dann war das für die Umwelt ein zwar schmerzliches Geschehen, aber doch nach einiger Zeit erledigte Sache. Er wurde in einer psychiatrischen Anstalt untergebracht." (SCHULTE, 1967)
Heute wird der Ex-Patient sehr viel schneller wieder mit seiner Umwelt konfrontiert und kann rascher wieder in seinen Familienkreis zurückkehren. Hier aber gilt es, den "Empfangsraum" des einzelnen Patienten systematisch zu erforschen, denn nichts ist unheilvoller für das ohnehin schon meist erheblich geschwächte Selbstbewußtsein als eine feindselige, abwehrende Haltung der Kernfamilie. "Tolerance of deviant behavior on the part of the patient's significant others is a key-factor affecting the process of posthospital experience and crucial to whether or not the patient suceedes in remaining in the community." (FREEMAN, H.J. & SIMMONS, O.G. 1958, S. 140).

Ausländische Autoren, besonders in den anglo-amerikanischen Ländern, haben diesem speziellen Bereich der Sozialpsychiatrie, nämlich der Einstellung der nächsten Angehörigen zum kranken Familienmitglied schon sehr viel Aufmerksamkeit gewidmet. Sozialpsychiatrische Studien dieser Art sind im deutschsprachigen Raum noch im Initialstadium, wenngleich ihre praktische Bedeutung schon vor mehr als 10 Jahren betont wurde (SCHULTE 1967; HÄFNER 1968).
Erste Erhebungen dieser Art wurden an der Universitätsklinik Erlangen durchgeführt. BAER befaßte sich in seiner 1972 durchgeführten Untersuchung mit der reziproken Beurteilung zyklothymer Patienten und ihrer nächsten Angehörigen; HÄBERL führte 1975 eine analoge Untersuchung an schizophrenen Patienten und deren Angehörigen durch.

Begleiten wir den psychisch Kranken auf dem Wege seiner "Sozialen Karriere", so können wir drei wesentliche Etappen festhalten:

1. Die Prähospitalisierungsphase
2. Die Zeit der stationären Behandlung
3. Die Rehabilitationsphase, bzw. der Weg zurück in die Gemeinschaft.

(1) Die Prähospitalisierungsphase

Viele Untersuchungen, die sich mit der Familie des psychisch Kranken befassen, haben sich überwiegend mit ätiologischen Problemen auseinandergesetzt und sind weniger der Frage nachgegangen, was es eigentlich für die Familie bedeutet, wenn jemand psychisch krank wird bzw. an einer endogenen Psychose erkrankt.

Bei der Durchsicht der Literatur fällt vor allem der lange Zeitraum ins Auge, den die Angehörigen verstreichen lassen, bis sie zu der Erkenntnis einer ernsten psychischen Störung kommen. Schon lange vor Ausbruch der Krankheit ist das Gleichgewicht der Familie durch abweichendes Verhalten des kranken Familienmitgliedes erheblich beeinträchtigt. Die Alltagsroutine ist zerstört; Verunsicherung und Ratlosigkeit angesichts der neuen Situation, auf die man nicht vorbereitet war, stellen sich ein und führen zu psychischem Stress. "Any severe illness of a family member creates stresses for the rest of the family. Like other sick persons, the mentally ill are unable, by virtue of their illness, to carry out normal life patterns. Moreover, mental illness usually expresses itself in deviant behavior and in interpersonal difficulties. Family routines are disrupted. Relationships within the family are strained, sometimes to the breaking point." (CLAUSSEN, YARROW et al. 1955, S. 3)

ALIVASATOS (1964) befragte 300 Angehörige von chronisch schizophrenen Patienten unter anderem nach der Zeitspanne von der Wahrnehmung erster Anzeichen einer psychischen Störung bis zu

der Erkenntnis, daß ein Familienmitglied psychisch krank wurde. Der Zeitraum variierte von wenigen Wochen bis zu 15 Jahren. In 85 % der Fälle verstrich ein Jahr.
Eine amerikanische Forschergruppe um YARROW (1955) analysierte die kognitiven und emotionalen Probleme, mit denen Frauen konfrontiert werden, deren Ehemänner psychisch krank wurden. Das Material, das durch einen semi-strukturierten Explorationsleitfaden gewonnen wurde, basiert auf 33 Einzelfällen. Die Interviewserie begann zu dem Zeitpunkt der Einweisung des Ehemannes in ein psychiatrisches Krankenhaus, zu einem Zeitpunkt also, als die Krankheit des Ehemannes zu einem sozialen Tatbestand wurde; sie wurde sechs Monate nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus wiederholt und ein Jahr nach seiner Rückkehr in die Familie abgeschlossen.

Auf die Frage, wann sie zum ersten Mal bemerkt hätten, daß ihre Ehemänner anders als sonst gewesen wären, war es keiner der befragten Frauen möglich, einen genauen Zeitpunkt anzugeben. Beobachtungen problematischer Verhaltensweisen wurden unsystematisch aneinandergereiht. Die Autoren listeten die Verhaltensweisen, die der Zeit der Einweisung vorangegangen waren in nachstehender Tabelle auf.

(Tabelle siehe nächste Seite)

Problematisches Verhalten	Psychotiker	Neurotiker
	N	N
Körperliche Beschwerden	12	5
Abweichen von alltägl. Verhaltensweisen	17	9
Empfindungen persönl. Unzulänglichkeit und Hoffnungslosigkeit	4	1
Ehemann wirkte nervös, irritiert, bekümmert	19	10
Rückzug von der Ehefrau (verbal, körperlich)	5	1
Veränderung oder Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (nachlässig, vergeßlich)	5	6
aggressiv, gewalttätig oder suizidal	6	3
seltsame oder bizarre Gedanken, Wahnvorstellungen, Halluzinationen und merkwürdiges Verhalten	11	1
exzessives Trinken	4	7
undezentes Verhalten	3	1
	23	10

Zu diesem Ergebnis stellen die Autoren fest: "Wann und wie das Verhalten des Ehemannes als problematisch angesehen wird, ist individuell sehr verschieden. In einigen Fällen dann, wenn die Ehefrau nicht länger mit ihrem Mann zurechtkommt, in anderen,

wenn es durch sein Verhalten zur Zerstörung des alten status quo kommt, und in wieder anderen, wenn sie seine Verhaltensweisen nicht länger erklären kann" (YARROW, M.R. et al., 1955, S. 18). Die Autoren vermuten, daß die Toleranzschwelle der Ehefrauen für das merkwürdige Verhalten ihrer Partner abhängig von ihren eigenen persönlichen Bedürfnissen ist.

WIESER (1973) meint, daß das, was die Autoren für die Ehefrauen psychisch Kranker gezeigt haben, auch auf andere Angehörige und Bekannte übertragen werden könne. "Die zwischenmenschlichen Beziehungen erfahren überall dort, wo sie bis dahin geregelt waren, eine ähnliche Störung wie dies am Beispiel der Ehe und Familie aufgezeigt wurde. Nur schwächt sich die Dramatik der Auseinandersetzungen mit der Sozialdistanz ab, in der der nächste Verwandte, Freund oder Arbeitskollege oder der flüchtige Bekannte von dem Betroffenen psychologisch entfernt ist." (WIESER, 1973, S. 32)

LEWIS und ZEICHNER (1960) befaßten sich in ihrer Untersuchung ebenfalls mit der Frage, wie Angehörige psychisch Kranker die Zeit bis zur stationären Aufnahme bewältigen. Auch sie kamen zu dem Ergebnis, daß die Familie eine beträchtliche Zeitspanne bis zur Einweisung ihres kranken Mitglieds verstreichen ließ, und zwar gehäuft dort, wo die Angehörigen den Verdacht hatten, daß es sich um eine psychische Krankheit handeln könne. In den Fällen, wo physische Ursachen als Auslöser der Krankheit vermutet wurden, war die Bereitschaft, eine stationäre Behandlung in Erwägung zu ziehen, deutlich größer. Die Akzeptanz einer psychischen Erkrankung war bei den Angehörigen zwar größer als die Autoren vermutet hatten, dennoch leugneten 20 % diese Tatsache, selbst als der Patient sich schon in stationärer Behandlung befand (vgl. hierzu auch MYERS & ROBERT, 1959).

Ähnlich wie SAKAMOTO (1969) kommen auch WYNNE et al. zu dem Ergebnis, daß innerhalb der Familie ein Widerstand existiert, ("family resistance"), das veränderte Familienmitglied als psychisch krank zu sehen. Diese mangelnde Krankheitseinsicht

nimmt mit dem Grad der emotionalen Beziehung, die der Angehörige zum Patienten hat, zu. In dem von SAKAMOTO erhobenen Material war es wiederholt die Mutter, die sich am heftigsten und längsten gegen die Diagnose einer psychischen Erkrankung auflehnte. Außenstehende äußern eher den Verdacht einer Störung und nehmen erste Anzeichen eher wahr als die nächsten Verwandten. SAKAMOTO schildert die Äußerungen einer Mutter, deren Sohn sich in stationäre Behandlung begeben mußte, die exemplarisch für die Empfindungen vor allem für Eltern ist. "We know what mental illness is but when it occured in our own family, we weren't able to recognize it ... Even after Dr. S. diagnosed him as mentally ill, I still had my doubts. Perhaps it's because I did not want to think of him in that way." (SAKAMOTO, S. 338). Für die Eltern, besonders für die Mutter, da sie sich in besonderem Maße der Entwicklung des Kindes widmete, würde die Krankheit ein Beweis ihrer eigenen Unzulänglichkeit bezüglich ihrer Erzieherrolle bedeuten.

Auch YARROW et al. (1955) sowie MAYO et al. (1971) konnten den Deutungs- und Interpretationsversuchen der von ihnen befragten Ehefrauen entnehmen, daß körperliche oder charakterliche, bzw. persönlichkeitseigene Faktoren oder auch äußere Umstände ihrer Meinung nach die Krankheit verursacht hatten, wobei die Akzeptanz psychoneurotischer Krankheitssymptome und deren Diagnose weitaus größer war als die Diagnose von psychotischen Erkrankungen, obgleich die klinische Symptomatik hier eindrucksvoller ist. So wird von einer Ehefrau berichtet, die die Halluzinationen ihres Mannes als völlig normal ansah, da sie selbst während ihres Klimakteriums gelegentlich Stimmen zu hören geglaubt hatte. Die Autorengruppe listet einige Faktoren auf, die es der Ehefrau erschweren, ihren Mann als einen psychiatrischen Fall anzusehen. Ein wesentlicher Faktor ist durch das Verhalten des Ehemannes selbst bestimmt. Seine Wahnvorstellungen und Halluzinationen sind nicht durchgängig; von jetzt auf gleich kann Feindseligkeit in rührende Besorgnis und Aufmerksamkeit umschlagen. Auch der weitere soziale Bezugsrahmen kann den Entscheidungsprozeß der Ehefrau stark beeinflussen; sie

vergleicht die Verhaltensweisen ihres Mannes mit dem Verhalten von Freunden und Bekannten, oder Freunde und Bekannte können sie in ihrer Vermutung bestärken, ihren Mann als psychisch krank wahrzunehmen. Zudem ist die Erkenntnis einer psychischen Krankheit mit einer persönlichen Bedrohung für die Ehefrau verbunden. "It is assumed that it is threatening to the wife not only to realize that the husband is mentally ill but further to consider her own possible role in the development of the disorder, to give up modes of relating to her husband that may have had satisfactions for her and to see a future as the wife of a mental patient." (YARROW et al., 1955, S. 22)

SCHULTE (1963) weist auf die persönliche Bedrohung für die nächsten Angehörigen hin, die durch eine psychotische Krankheit ausgelöst werden kann. "Die Angehörigen können sich in ihrer Existenz unterhöhlt fühlen, es sei denn, sie identifizieren sich mit dem Kranken oder sehen ihn als Opfer unzumutbarer Belastungen an. Waren die Angehörigen mit dem Erkrankten tiefer verbunden, so können sie sich von dem unmittelbaren Abbruch einer kontinuierlichen Beziehung stärker und schmerzlicher betroffen fühlen als durch dessen Tod." (S. 175)

Eine andere Erlebnisvariante sind Schuldgefühle, die sich beim Angehörigen regen, da man voller Hilflosigkeit und Unkenntnis dem kranken Familienmitglied weniger mit Verständnis und Anteilnahme, als mit harten Sanktionen zu begegnen versuchte. Nach WIESER (1973) können diese Maßnahmen vom guten Zureden und Aufmuntern bis zur totalen Ausklammerung des "Störenfrieds" aus dem Familienkreis reichen. "Ganz in Übereinstimmung mit der allgemeinen Devianz menschlichen Verhaltens überhaupt wird auch hier versucht, den Störenfried durch angemessene Kontrollmechanismen wieder in geordnete Bahnen zu lenken (WIESER, 1973, S. 41).

SCHULTE (1967) weist in seiner theoretischen Analyse der Wechselwirkung zwischen chronisch Schizophrenen und ihrer Umwelt

darauf hin, daß sich "ganz abgesehen von dem Selbstvorwurf, der sich auf das Verhalten vor der Krankheit bezieht, der Zeiger der Schuld auf die nächsten Angehörigen richtet, und zwar sowohl dann, wenn diese in ihren Enträtselungsversuchen einer vulgären Erbtheorie, als wenn sie einer Art Milieutheorie den Vorzug gegen. Im einen Fall werden sich der Vater und die Mutter entweder selber an der Weitergabe eines ungünstigen Erbgutes mitschuldig fühlen oder aber den jeweiligen Partner, oft unausgesprochen, stärker verantwortlich zu machen suchen. Wird aber, wie heutzutage auch bei den Laien besonders stark, das Milieu- und Erziehungsmoment höher gewertet, dann ist die Belastung für die Umwelt beinahe noch größer".(SCHULTE, 1967, S. 175).
Auf dem Hintergrund dieser theoretischen Betrachtungsweise SCHULTEs können auch die Ergebnisse der Untersuchung von HÄBERL (1975) gesehen werden. Anfängliche Krankheitssymptome wurden als nicht existent hingestellt; die Notwendigkeit einer stationären Behandlung wurde in vielen Fällen abgelehnt. Neben der Hilflosigkeit und Ohnmacht gegenüber der psychotischen Krankheit zeigten sich bei einigen Angehörigen ein stark ausgeprägtes Schuldbewußtsein, sowie hartnäckige Versuche, das psychotische Geschehen zu "erklären".

(2) Die Zeit der stationären Behandlung

Ist schließlich eine Schwelle erreicht, an der die Familie das kranke Mitglied nicht mehr tragen kann, wo sie um seine und ihre eigene Sicherheit bangen, bleibt letztlich noch der Weg in das psychiatrische Krankenhaus.
Was aber geschieht innerhalb der Familie während der Abwesenheit des Patienten? Kann er weiterhin mit ihrer Unterstützung rechnen oder bleibt er von nun an sich selbst überlassen, nachdem die Angehörigen sich zurückgezogen und die Verantwortung für seine Person an die psychiatrische Institution übertragen haben?

JONAS, OBERDALHOFF und SCHULTE (1969) führten an der Psychiatrischen Klinik,der Neurologischen und Medizinischen Klinik, sowie am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Göttigen eine Untersuchung zur Besuchsfrequenz von Angehörigen, Freunden und Bekannten psychisch kranker Menschen durch. Die Autoren stellten fest, daß Patienten der Medizinischen Universitätsklinik am häufigsten besucht wurden. Die niedrigste Besuchsfrequenz hatten Patienten aus dem Landeskrankenhaus, wobei Alterskranke häufiger besucht wurden als schizophrene Patienten. WIESER (1973) kommentiert das Ergebnis folgendermaßen: "Obwohl alle untersuchten Gruppen für das geltende Sozialrecht in gleicher Weise krank sind, sind sie es offensichtlich nicht im informellen sozialen Verkehr. Die psychologisch offenbar Priviligierten sind die Patienten der Medizinischen Klinik, die ungefähr doppelt so oft besucht wurden wie Kranke der Psychiatrischen Universitätsklinik und 2 1/2 mal häufiger als die Kranken des Landeskrankenhauses." (S. 127) Ein weiteres Ergebnis dieser Studie war, daß Patienten, die der oberen Mittelschicht angehörten, häufiger besucht wurden als Angehörige der Mittel- und Unterschicht.

ROSE (1959) analysierte die Besuchsfrequenz nach dem Verwandtschaftsgrad und stellte fest, daß die häufigsten Besuche von Eltern gemacht wurden, gefolgt von Ehefrauen; an letzter Stelle rangierten die Geschwister der Patienten. Insgesamt scheint es, als ob die Angehörigen durch eine riesige Kluft vom Krankenhaus getrennt wären. Sie gaben an, nichts Genaueres über die Behandlung des Patienten zu wissen; über die Hälfte der Befragten hatte noch keinerlei Kontakt zum Behandlungspersonal aufgenommen. Nur ganz vereinzelt waren Äußerungen wie: "Das Krankenhaus ist wie ein Gefängnis" oder "Der Zustand des Patienten wird immer schlimmer, je länger er hier ist" zu hören.

Die Tendenz zur Leugnung psychischer Symptome war bei den nächsten Anverwandten sehr viel größer als bei entfernten Verwandten, die eher psychologische Ursachen als Erklärung für den Krankheitsausbruch in Erwägung zogen.

Auch SWINGLE (1965), der die Einstellungen von Angehörigen psychisch Kranker mit den Einstellungen von Nicht-Verwandten verglich, mußte eine deutlich pessimistischere Haltung dem Patienten gegenüber verzeichnen. Die Angehörigen äußerten sehr viel öfter als Nicht-Verwandte die Befürchtung, daß der Patient einer ständigen Oberwachung bedürfe. Auch sei er unfähig, Briefe zu lesen oder sich an einer normalen Konversation zu beteiligen. Dadurch aber, daß dem Patienten diese Fähigkeiten von vorneherein abgesprochen werden, kann es auf Seiten der Angehörigen zu bestimmten Verhaltenskonsequenzen kommen, indem man den Kranken erst gar nicht besucht, ihm Briefe schreibt oder ihn eventuell am Wochenende zu sich nach Hause einlädt. Der Kranke selbst aber wird durch diese Einstellungen seiner Angehörigen mehr und mehr in die Isolation der Krankenhausmauern gedrängt und verliert den Mut, sich als vollwertiges Familienmitglied zu erleben. "A person tends to accept the role or image that his group holds up to him. It is for this reason that negativ attitudes and stereotypes in relatives are particulary important." (ERIKSON, 1957, S. 20)
Weiterhin waren mehr Nicht-Verwandte als Angehörige der Meinung, daß die Einbeziehung der Familie in den Behandlungsprozeß wichtig sei.
Dieses Ergebnis macht deutlich, wie wichtig eine kooperative Einstellung seitens der Familie ist, und daß das gesamte Behandlungspersonal in seinen Bemühungen, die Angehörigen für den Patienten zu interessieren, nicht nachlassen darf.
COTE (1954) beschreibt sehr eindrucksvoll den Wandel der Einstellungen von Angehörigen, die während der stationären Behandlung des Patienten oder zumindest vorübergehend beim Patienten in der Klinik bleiben und mit ihm zusammen wohnten. Ganz abgesehen von dem besseren Verständnis, das sie allmählich für den Patienten und auch psychisch Kranken im allgemeinen entwickelt hatten, wurde auch automatisch ein Teil ihrer Vorurteile abgebaut. "The frequently voiced fears about ill treatment, neglect, poor meals, and inadequate nursing services are no longer questions that must be dealt with by the psychiatrist since there is no need for them to arise." (S.

831) (siehe hierzu ebenso KAPLAN, WOLF, 1954).

Wie aber bewältigen die nächsten Angehörigen seine Abwesenheit zu Hause? Wenngleich der Patient in der Zeit vor der stationären Behandlung durch seine Verhaltensweisen starkes Befremden innerhalb der Familie auslöste und das Gleichgewicht erheblich ins Wanken brachte, so hat er doch für jeden einzelnen im Familienverband eine bestimmte Bedeutung gehabt; es wurden bestimmte Anforderungen an ihn gestellt; im Berufsleben nahm er eine genau definierte Position ein, und Freunde und Bekannte hatten eine bestimmte Auffassung von ihm. LEWIS und ZEICHNER stellten hierzu in der 1960 durchgeführten Untersuchung fest, daß 77 von insgesamt 109 befragten Angehörigen psychisch kranker Patienten, die zum ersten Mal in eine psychiatrische Institution eingewiesen wurden, ihre Erwartungen an das kranke Familienmitglied herabschraubten. Funktionen, die der Patient einst innehatte, wurden nun von anderen übernommen. Der Ehemann und die Kinder erledigten die Hausarbeit, die die Mutter aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung nicht mehr erledigen konnte. Oder Familienmitglieder, die bisher nicht berufstätig waren, suchten eine Arbeitsmöglichkeit, wenn der Hauptverdiener in der Familie ausfiel. Eine relativ große Anzahl von Patienten wurde allmählich in eine Position totaler Abhängigkeit gedrängt. " ... they appeared to have been pushed aside and largely ignored as the active life of the remaining family passed them by." (S. 509). Die Einstellungen gegenüber dem Patienten waren weder einfühlsam, verständnisvoll noch feindselig, sondern eher indifferent. Wie anfängliches Interesse, Engagement und die Sorge um den Patienten und dessen Heilungschancen in Abwehr und Feindseligkeit umschlagen können, wird sehr eindrucksvoll in einer Studie von JOHNSON und PLANANSKY (1968) geschildert. Die Autoren führten eine Interviewserie über mehrere Jahre hindurch an Ehefrauen chronisch schizophrener Patienten durch. Aufgrund dieses Materials und einer genauen Beobachtung des non-verbalen Verhaltens der Ehefrauen während der Gesprächssituationen kamen die Autoren zu der Feststellung, daß die Einstellungsänderungen der Ehefrauen einer regelmäßig wiederkehrenden Gesetzmäßigkeit

zu folgen scheinen:

In der Anfangsphase der Krankheit ihrer Ehemänner sind die Frauen noch voller Zuversicht bezüglich der Möglichkeiten der modernen Medizin und der pharmakotherapeutischen Behandlung. Ihre Besuche sind regelmäßig und relativ häufig, auch wenn sie lange Anfahrtswege haben; in ihre Zukunftspläne sind die Ehemänner mit einbezogen. Sie stimmen Wochenendbesuchen spontan zu, selbst bei nur minimaler Besserung des Krankheitsbildes. Psychotische Symptome werden negiert; sie wollen den ernsten psychischen Zustand ihrer Männer nicht wahrhaben.

Nach der 2. oder 3. Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus oder nach kontinuierlicher Behandlungsdauer von einem oder zwei Jahren werden Zweifel an der Zukunft lauter und häufiger. Ambivalente Gefühle gegenüber dem Ehemann werden offen geäußert. Die Ehefrauen vernachlässigen ihr Äußeres; sie beklagen sich darüber, keinen gleichwertigen Partner mehr zu haben; "sie erleben alle die Nachteile eines Witwendaseins, ohne auf der anderen Seite die Vorteile eines solchen Lebens zu erfahren". (S. 147). Nach wenigen Heimbesuchen der Patienten verfestigt sich die endgültige negative Einstellung der Ehefrauen. Die anfänglichen Beweise der Zuneigung, Liebe und Loyalität verschwinden, und es werden Anspielungen gemacht, daß der Ehemann sich wie ein kleines Kind benehme, das der ständigen Pflege und Aufsicht bedarf. Manche Frauen sprechen voller Abscheu und Ekel von ihren Männern; sie wollen ihr Leben nicht länger mit einem kranken Menschen teilen. Zu dieser Zeit werden häufig Fragen bezüglich der Prognose an Ärzte und Pflegepersonal gestellt. Die Frauen sind jedoch keineswegs bekümmert, wenn die Heilungsaussichten eher ungünstig sind. Der emotionale Bruch zum Partner ist vollzogen, und der formale, legale wird bald folgen. Einige Ehefrauen lassen durchblicken, daß sie in der Zwischenzeit eine neue Partnerschaft eingegangen sind, und daß auch von daher die Rückkehr des Ehemannes nicht wünschenswert ist. Manche Frauen scheinen wie von einer schweren Last befreit, und sie beginnen nun, ihre eigenen Zukunftspläne zu

schmieden.

In einer von SAMPSON et al 1960 durchgeführten Befragung von Ehemännern schizophrener Patientinnen zeigte sich, daß eine längere Hospitalisierungsdauer nicht unbedingt zum Ausschluß des kranken Familienmitglieds aus dem Familienkreis führen muß. Obgleich die Einweisung der Patientin in ein psychiatrisches Krankenhaus für viele Ehemänner zunächst eine Erleichterung war, da sie sich der zusätzlichen Belastung durch die Krankheit ihrer Frauen kaum noch gewachsen fühlten, zeigte sich bei einigen Ehemännern nach relativ kurzer Zeit ein Einstellungswandel. Schon bald fühlten sie sich durch zusätzliche Hausarbeiten oder Aufsicht der Kinder überfordert und drängten während der Krankenhausbesuche auf baldige Entlassung ihrer Ehefrauen, häufig unter dem Vorwand, daß die Kinder die Mutter allzu sehr vermissen würden, wobei sie ihre eigenen Interessen verdeckten. Einige Ehemänner dieser Studie setzten sich während der Interviews kritisch mit der Prähospitalisierungsphase auseinander, insofern als sie sich selber prüften, inwieweit sie an der Krankheitsentstehung eventuell mitbeteiligt waren, da sie ihre Ehefrauen schon lange vor Krankheitsausbruch stark vernachlässigt und ihren Problemen keine Beachtung geschenkt hatten. Die Beziehungen wurden einer kritischen Analyse unterzogen; in die Zukunftspläne waren die Ehefrauen voll integiert.

Die positive Einstellung gegenüber dem Patienten in dieser Studie könnte jedoch darauf zurückzuführen sein, daß der Partner hier die Ehefrau bzw. Mutter war. Die Rückkehr einer noch nicht ganz gesunden Ehefrau hat für die familiäre Interaktion weniger Konsequenzen als die Wiederaufnahme eines nicht voll remittierten Ehemannes, da sie ihrer Rolle als Hausfrau und Mutter zumindest teilweise gerecht werden kann. Fällt der Ehemann als Hauptverdiener der Familie aus oder wird er aufgrund seiner Behinderung einem anderen Arbeitsplatz zugewiesen, so hat das für die ganze Familie unter Umständen schwerwiegende materielle Folgen, besonders da, wo andere Familienmitglieder seine Rolle nicht übernehmen können.

Die Probleme, die sich während der stationären Behandlung für die einzelnen Familienmitglieder stellen, erstrecken sich jedoch auch weit über den privaten Bereich hinaus. Denn abweichendes Verhalten seitens des Patienten vor der Einweisung oder auch eine längere Abwesenheit von zu Hause werden bald von anderen bemerkt und es werden diesbezüglich Fragen gestellt. Wenn die Familie nicht alle Sozialkontakte abbrechen will, eine Möglichkeit zwar, unangenehmen Stellungnahmen aus dem Weg zu gehen, aber mit ernsten Konsequenzen totaler Isolation, muß sie sich der Konfrontation mit der Außenwelt stellen. Die amerikanische Forschergruppe um YARROW und CLAUSEN (1955) beschäftigte sich u.a. mit den Auswirkungen psychischer Erkrankungen von Ehemännern auf die interpersonellen Beziehungen der Familienangehörigen, bzw. der Ehefrauen mit anderen. Insbesondere interessierte hier die Frage nach Einstellungen, Erwartungen und Beurteilungen der Gesellschaft aus der Sicht der Ehefrauen und Frequenz und Modus der Kommunikation über die Krankheit sowohl innerhalb der Familie als auch im näheren sozialen Umfeld, d.h. mit Freunden, Nachbarn und Arbeitskollegen. Nahezu allen von den Autoren befragten Ehefrauen war ein Gefühl der "Stigmatisierung" durch die Gesellschaft gemeinsam. So berichtete eine Ehefrau, sie selbst empfinde nicht Scham oder Verlegenheit wegen der Krankheit ihres Mannes, befürchte aber, daß die Leute draußen denken könnten, "ihr Mann sei in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen worden, weil er nicht richtig im Kopf sei und daß man ihn deswegen in die Klapsmühle eingeliefert habe". Zu diesem antizipierten Stigmatisierungsverhalten seitens der Gesellschaft kommt die Sorge um eine soziale Diskriminierung. Viele Ehefrauen bangen um die Arbeitsstellen ihrer kranken Männer und befürchten, von dem vertrauten Freundes- und Bekanntenkreis ausgeschlossen zu werden. Sie rechnen sogar mit negativen Auswirkungen auf die Freundschaften zwischen ihren Kindern und deren Spielkameraden, insofern, als diese ebenfalls in eine Außenseiterposition gedrängt werden könnten. Daß diese Befürchtungen nicht ganz von der Hand zu weisen sind, zeigt die Untersuchung von ALIVASATOS (1964), der die Angehörigen psychisch Kranker u.a.

nach ihren Erfahrungen im Sozialkontakt mit der Nachbarschaft explorierte. Es zeigte sich, daß lediglich 32,8 % positiv im Sinne einer verständnisvollen Anteilnahme bzw. aktiver Unterstützung waren; 50 % zeigten negative Einstellungen, die offen aggressive Äußerungen implizierten; 21,3 % verhielten sich neutral bzw. indifferent. In der von YARROW et al durchgeführten Studie war die Sorge um Diskriminierung und Prestigeverlust durch die Gesellschaft am intensivsten bei Frauen, die einer hohen sozialen Schicht angehörten und die eine höhere Schulbildung hatten. SCHWARTZ (1956), die sich ebenfalls mit dem Problem der Stigmatisierung der Angehörigen durch die Erkrankung eines Familienmitgliedes beschäftigte, spricht in diesem Zusammenhang von der Furcht der Frauen, einer "niedrigeren Kaste" zugeordnet werden zu können. Dieses Gefühl ist sogar vorherrschend bei den Frauen, die schon in der Zeit vor der stationären Behandlung eine abwehrende und feindselige Haltung gegenüber ihrem Ehemann hatten, der den von ihnen gestellten Anforderungen nicht mehr nachkommen konnte.
Bei näherer Untersuchung der Art und Weise der Kommunikation der Ehefrauen über Krankheit und stationäre Behandlung kamen YARROW et al zu folgender Feststellung:

- ca. ein Drittel der befragten Frauen sprach mit niemandem über die Krankheit
- ein zweites Drittel kommunizierte extensiv
- ein weiteres Drittel lag zwischen diesen beiden Extrembereichen.

Nach Auffassung der Autoren befinden sich die Frauen insofern in einer Zwickmühle, als sie einerseits aus Furcht vor antizipiertem Diskriminierungsverhalten der Umwelt ihre Nöte nicht aussprechen wollen, sich andererseits aber dem Druck der ständig wachsenden psychologischen und materiellen Probleme nicht länger gewachsen fühlen und sich von daher gerne einmal aussprechen möchten. Ein Teil der Frauen löste diesen Konflikt durch absolute Verheimlichung, was bei einigen sogar die Konsequenzen hatte, daß sie den Wohnsitz wechselten. Wenngleich

sie selber dadurch zunächst der Auseinandersetzung mit der Umwelt entgangen waren, so hatte es für ihre Ehemänner doppelte Isolationsfolgen: zum einen konnten Freunde und Bekannte sie nicht besuchen, da sie ja weder über die Krankheit noch über die stationäre Behandlung informiert waren; zum anderen konnten die Ehemänner nach ihrer Entlassung den Kontakt zum vertrauten Freundes- und Bekanntenkreis nicht wieder aufnehmen. "It is like an actor trying to resume his role in a play in middle of the second act when he left in the middle of the first. The scene has changed, the action has proceeded and the characters are different. He is out of place and out of step (SCHWARTZ, 1956, S. 29)."

Wenn die Abwesenheit des Ehemannes dennoch bemerkt und Nachfragen gestellt wurden, griffen einige Frauen zu "Notlügen", ihr Mann habe sich überarbeitet und demzufolge nervöse Erschöpfungszustände bekommen.

Eine letzte Gruppe unterschied bei ihrer Kommunikation zwischen "ins" und "outs". Die "ins", denen sich die Ehefrauen anvertrauen konnten, waren dadurch charakterisiert,

- daß sie über die Krankheit informiert waren und den Patienten möglicherweise sogar selber ins Krankenhaus begleitet hatten,
- daß sie den Ehefrauen gegenüber Verständnis und Anteilnahme zeigten und
- daß es sich um Personen handelte, die ein Recht hatten, etwas über die Krankheit zu erfahren.

In diesem Fall berichteten die Frauen von positiven Erfahrungen; viele boten Hilfe an, übernahmen kleinere Arbeiten im Haus, nahmen die Kinder vorübergehend zu sich oder fuhren die Ehefrau ins Krankenhaus.
Mit zunehmender Hospitalisierungsdauer nahm dieses aktive Interesse am Patienten und der Familie jedoch ab; es wurden nur mehr vage verbale Zugeständnisse und Versprechungen gemacht, die aber nicht eingelöst wurden.

Bei der interfamiliären Kommunikation stellten die Autoren Unterschiede zwischen der Ehefrau und den Angehörigen ihres Mannes und ihren eigenen Angehörigen fest. Weiterhin spielte eine Rolle, ob in der Familie kleine oder heranwachsende bzw. schon erwachsene Kinder leben. Wenn sich die Ehefrauen in der Zeit vor der stationären Behandlung mehr an die Familie des Mannes wandten, geschah dies meist zu ihrer eigenen Entlastung. "Es handelt sich um euren Sohn; ihr habt ihn geprägt und seid somit verantwortlich für das, was geschehen ist". Die Stimmung ist feindselig und durchdrungen von Anklagen und Gegenanklagen. Während der Hospitalisierung gewinnt die Familie der Ehefrau zunehmend an Bedeutung; hier kann sie sich entlasten und schlüpft in die Rolle der abhängigen Tochter, der man sich besorgt annimmt.

Während der Hospitalisierungszeit kristallisiert sich bei vielen Angehörigen eine emotional negativ getönte Attitüde gegenüber dem Patienten heraus; diese Haltung verfestigt sich mit zunehmender Erkrankungshäufigkeit und/oder zunehmender Schwere der Krankheit.
POKORNY und BENTINCK (1969) befragten die Angehörigen von 1.214 psychisch Kranken unter anderem nach ihrer Einstellung gegenüber der Entlassung des Patienten aus der psychiatrischen Institution. Die Bereitschaft zur Aufnahme war am größten bei jüngeren Patienten ungeachtet der Diagnose und Patienten mit relativ kurzem Krankenhausaufenthalt; der Widerstand war am heftigsten bei Patienten, die als psychotisch diagnostiziert wurden. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch ROSE (1959) und interpretierte sie folgendermaßen: Die positivere Einstellung zur Wiederaufnahme des Patienten bei kurzfristigem Krankenhausaufenthalt ist darauf zurückzuführen, daß sich die interfamiliäre Sozialstruktur noch nicht neu formiert hat. Man hat die Hoffnung, daß es sich um eine vorübergehende Störung beim Patienten handelt, so daß sein Platz unbesetzt bleibt. Bei Patienten, die über einen längeren Zeitraum in stationärer Behandlung waren, haben die Angehörigen sich ohne das kranke Familienmitglied in ihrem Leben eingerichtet, die Rollen wurden neu ver-

teilt, so daß die Rückkehr des Patienten das neu gewonnene Gleichgewicht erheblich ins Wanken bringen würde. Häufig greifen die Angehörigen bei Fragen zur Wiederaufnahme zu Ausreden wie z.B.: "Ich habe keinen Platz."; "Sein Zustand erlaubt noch keine Entlassung.", "Es ist niemand da, der sich um ihn kümmern könnte." oder "Er könnte mich im Schlaf erwürgen.". Die Risikogefahr einer Wohngemeinschaft mit dem Patienten findet sich auch in der Untersuchung von HÄBERL (1975) wieder. 1/4 der von ihm befragten Angehörigen schizophrener Patienten würden sich im Falle eines Zusammenlebens persönlich bedroht und verunsichert fühlen; ein weiteres Viertel äußerte die Furcht, daß der Patient sich selber etwas antun könnte. Die Sorge um eine Selbst- und Fremdgefährdung zeigte sich verstärkt bei Angehörigen von Patienten mit wiederholten Krankheitsschüben.

EVANS und BULLARD (1960) kamen in ihrer Befragung von Angehörigen chronisch schizophrener Patienten zu dem Ergebnis, daß eine abwehrende Haltung der Angehörigen mit zunehmender Dauer des stationären Aufenthaltes zu korrelieren scheint. Insgesamt beeindruckend war jedoch das relativ große Engagement der Angehörigen trotz langer Hospitalisierung. 1/3 aller befragten Familien befürwortete eine Entlassung, obwohl der Patient mindestens 5 Jahre kontinuierlich in stationärer Behandlung war. Angehörige dieser Kategorie hielten eine Heilung immer noch für möglich. Umgekehrt weigerten sich Angehörige, die eine Heilung ausschlossen, den Patienten wieder bei sich aufzunehmen, bzw. würden einer Entlassung nur unter der Bedingung zustimmen, daß keine Ausbrüche des Patienten mehr zu befürchten sein würden, oder wenn das Behandlungspersonal eine vollständige Genesung garantieren könnte. Die Furcht vor aggressiven Handlungen wurde bei männlichen Patienten häufiger geäußert als bei weiblichen. Obgleich die Angehörigen dieser Studie alle der untersten Einkommensschicht angehörten, erklärte sich über die Hälfte bereit, den Patienten nach seiner Entlassung finanziell zu unterstützen und einen Wohnraum für ihn zu beschaffen.
Diese recht ermutigenden Ergebnisse geben jedoch keine stati-

stisch signifikanten Informationen wieder. Da sich die Autoren auf die Befragung von nur 24 Familien beschränkten, können sie lediglich als Trends verstanden werden.

PETTIT (1956) untersuchte ebenfalls die Einstellung von Angehörigen langjährig hospitalisierter Patienten gegenüber einer Entlassung. Für viele Familienmitglieder war die Nachricht einer solch drastischen Umstellung, den Patienten nach 10jähriger und längerer Behandlungszeit wieder bei sich aufzunehmen, wie ein Schock. Die am häufigsten vorgetragenen Problembereiche waren die bevorstehende Rollenverteilung innerhalb der Familie und das antizipierte Stigmatisierungsverhalten seitens der Umwelt. Die Furcht vor negativen Reaktionen aus der Nachbarschaft, sowie dem Freundes- und Bekanntenkreis wurde auch in der Untersuchung von ALIVASATOS (1964) bestätigt. Von 291 Angehörigen chronisch schizophrener Patienten hatten lediglich 36, d.h. 12.4 % den Wunsch, den Patienten wieder in die Familie aufzunehmen. Die übrigen befürchteten, die Tatsache der psychiatrischen Behandlung könnte in der Nachbarschaft publik und sie selber dadurch in Verruf gebracht werden. 62 % glaubten, daß ein Zusammenleben mit dem kranken Angehörigen aufgrund seines psychotischen Verhaltens unerträglich sei. Man befürchtete,er würde seine Medikamente nicht einnehmen; man könnte ihn nicht alleine lassen, weil er sich selbst oder anderen etwas antun könnte.
14 % gaben als Grund für die Aufnahmeverweigerung finanzielle Schwierigkeiten und beengte Wohnverhältnisse an.
19.6 % fürchteten um Auseinandersetzungen innerhalb der Familie und 3.5 % der Angehörigen erklärten ihr krankes Familienmitglied offiziell für tot.

RAWNSLEY (1962) stellte einen Zusammenhang zwischen der Bereitschaft der Angehörigen, den Patienten wieder aufzunehmen und dessen Alter, sowie der Dauer der stationären Behandlung fest. So konnte kein Patient, der älter als 65 Jahre war oder länger als 10 Jahre in stationärer Behandlung verbracht hatte auf Unterstützung seitens der Familie rechnen. Verheiratete

Patienten wurden eher wieder in die Familie aufgenommen als alleinstehende. Patienten aus ländlichen Gegenden trafen bei ihren Angehörigen auf mehr Verständnis als Patienten aus Städten.

HÄBERL (1975) kommt in seiner Untersuchung zu einem entgegengesetzten Resultat. Vorurteile gegenüber psychisch Kranken und die Furcht in eine Außenseiterposition gedrängt zu werden finden sich gehäuft bei Bewohnern ländlicher Gegenden. Zu der gleichen Feststellung kommt BAER (1975) in seiner Untersuchung an zyklothymen Patienten und deren Angehörigen: "Besondere Schwierigkeiten haben die Kranken aus kleinen Bauerndörfern, wo jeder jeden kennt und der Grad gebildeter Aufgeklärtheit hierzulande proportional zur Schönheit der Landschaft zu sein scheint." (S. 88).

FOLKARD (1960) verglich die Einstellungen von Angehörigen und Patienten bezüglich der Rehabilitationschancen und kam zu folgenden Ergebnissen: 28 Patienten und nur 6 ihrer Angehörigen sahen die Entlassungsaussichten als günstig an. 4/5 der Patienten hielten sich wieder für voll arbeitsfähig, wohingegen nur 1/5 ihrer Angehörigen diese Meinung teilte. Sehr viel mehr männliche als weibliche Patienten glaubten, sich den Anforderungen des künftigen Berufslebens gewachsen zu fühlen. Während die meisten Patienten den Wunsch äußerten, so bald wie möglich entlassen zu werden, sprach sich ca. die Hälfte der Angehörigen gegen eine Entlassung aus.

Eine interessante Untersuchung wurde von DEYKIN (1966) durchgeführt, die die Bedingungen für eine Entlassung aus der Perspektive der Angehörigen beleuchtete. Ziel ihrer Untersuchung war die Erfassung potentieller emotionaler Hilfsquellen bei Angehörigen von Schizophrenen, die einen ersten akuten Schub hatten, und sich erst kurze Zeit in stationärer Behandlung befanden. Diese emotionale Hifsbereitschaft sollte von 9 Merkmalsausprägungen erfaßt werden, die von Psychiatern übereinstimmend als wesentliche Einflußfaktoren für die Genesung des Patienten an-

gesehen wurden, und zwar: "adaptability", "understanding", "self-insight", "cooperation", "ability to respond to crisis", "rejection of patient", "hostility to staff", "psychopathology", "guilt", "anxiety". Unter den Angehörigen (Mütter, Väter, Ehefrauen, Ehemänner, Geschwister und "andere Verwandte") zeigte sich das höchste Maß "emotionaler Hilfsbereitschaft" bei Ehefrauen. Die Autorin unterstreicht das Ergebnis durch folgende rollentheoretische Überlegung: Die Tatsache, daß Ehefrauen sich emotional hilfsbereiter und zugewandter als Ehemänner zeigten, mag auf die unterschiedlichen Anforderungen an Männer und Frauen innerhalb der Ehe zurückzuführen sein. Es wird angenommen, daß die eher passive weibliche Rolle in der Ehe bei einer schizophrenen oder präschizophrenen Frau leichter akzeptiert wird als bei einem Mann. Diese Hypothese wird zum Teil durch die Heiratsraten bei schizophrenen Patienten bestätigt. Diese zeigen auf, daß schizophrene Frauen eher heiraten als schizophrene Männer. Von daher stellt die Autorin die Hypothese auf, daß die geringe Anzahl derjenigen männlichen Schizophrenen, die heiraten und auch verheiratet bleiben, solche Partner ausgesucht haben, die die männliche Rolle zum Teil übernehmen.

3. Die Rehabilitationsphase

Die letzte und wohl auch schwierigste Etappe des psychisch Kranken ist der mühsame Weg zurück in die Gemeinschaft. Denn eine günstige medizinische Prognose alleine ist noch keine Garantie für ein zufriedenstellendes Leben außerhalb der Krankenhausmauern. Besonders ausländische Autoren haben sich mit den nicht-medizinischen Faktoren beschäftigt, die die soziale Karriere des Ex-Patienten entscheidend mitbeeinflussen. Von der Vielzahl der hierzu vorliegenden Untersuchungen wollen wir diejenigen herausgreifen, die sich mit dem Alltag der Angehörigen psychisch Kranker, ihren Problemen und Sorgen befas-

sen.

Wie Angehörige auf wiederholte Krankheitsschübe oder einen chronischen Verlauf einer Psychose reagieren, charakterisiert SCHULTE (1963) durch den Begriff der "Inaktivitätsatrophie aller Bemühungen seitens der Angehörigen". Hat man sich zu Beginn der Erkrankung voll für den Patienten eingesetzt und war voller Hoffnung auf einen neuen Anfang, so schleichen sich nach und nach Gewöhnung und Resignation ein. Man hat sich mit der Krankheit arrangiert, die Rollen innerhalb der Familie neu verteilt; eine Integration des kranken Familienmitglieds in den normalen Tagesablauf wird nicht mehr in Erwägung gezogen. Auf der anderen Seite berichtet SCHULTE von Angehörigen, "denen förmlich an der Aufrechterhaltung chronischen Krankseins, das den Betroffenen im Zustand der Regression und der Betreuungsbedürftigkeit beläßt, gelegen ist. Sie würden einen wesentlichen Lebensinhalt verlieren, wenn sich der Betreffende emanzipierte und mit der Gesundung ihrer Fürsorge entzöge. Der Residualzustand garantiert sozusagen die Stufe eines abhängigen lebensuntüchtigen Kindes, das sie sonst verlieren würden" (S. 180), (s. hierzu auch PAUL u. GROSSER, 1964).

Diese Tendenz zur Bevormundung und sukzessiven psychischen Entmündigung des Patienten findet sich verstärkt bei älteren Angehörigen, insbesondere bei Eltern, wie STEVENS (1972) aufzeigte. Wenn die Eltern mit der Beziehung zum Patienten unzufrieden waren, dann nicht wegen interpersoneller Spannungen, die durch das mitunter sperrige und spröde Verhalten der Patienten ausgelöst werden können, sonder im Hinblick auf die Zukunft. Speziell von alten alleinstehenden Müttern wurde häufig die Sorge um die weitere Existenz des "Kindes" geäußert, wenn sie einmal nicht mehr da sind. Für viele der Befragten brachte das Zusammenleben Vorteile. Der kranke Sohn oder die Tochter wurden im Laufe der Krankheit zum "Lebensgefährten". (siehe hierzu auch CREER und WING, 1974).
Obgleich einige Patienten ihren Angehörigen eine Hilfe im Haushalt hätten sein können, zeigten sie kaum Initiative und wären

auch nicht in der Lage, ohne die ständige Unterstützung der Angehörigen zu leben. Dadurch, daß keinerlei Anforderungen mehr an sie gestellt wurden und die Eltern in nahezu selbstaufopfernder Weise auch die kleinsten Handreichungen für sie übernehmen, reduzierte sich das Selbstbewußtsein der Patienten mehr und mehr. 2/3 der von STEVENS untersuchten Patienten lebten so isoliert, daß ihr einziger Sozialkontakt im Umgang mit dem engsten Familienkreis, den Sozialarbeitern, Krankenschwestern und Ärzten bestand. Auch ihr Engagement bezüglich Freizeitgestaltung und Hobbies war so verarmt, daß ihr Tagesablauf im wesentlichen nur noch in Schlafen, einsamen Spaziergängen und stumpfem Dasitzen bestand.
Zu gleichlautenden Ergebnissen kamen FREEMAN und SIMMONS bereits 1958. Auch in ihrer Untersuchung zeigte sich die geringste Leistungsbereitschaft und das niedrigste Maß an zwischenmenschlicher Kontaktfähigkeit bei Patienten, die den Status des Kindes einnehmen. Nach Ansicht der Autoren nimmt das "Kind" für die Eltern eine ganz bestimmte sozial-biologische Rolle ein, ohne daß besondere Erwartungen an diese Rolle geknüpft sind. Diese Position kann während der stationären Behandlung und auch nach der Entlassung des Patienten weitaus eher unbesetzt bleiben - ohne ernsthafte materielle u.a. Konsequenzen - als es die Rolle des Ehemannes oder der Ehefrau erlauben würde.

Ein mangelndes Reizklima ohne adäquate Anforderungen, indem man den Patienten sich ganz selber überläßt, führen indes wieder zu erneuter Erkrankung. IRLE und PÖRKSEN (1971) verglichen bei einer Gruppe von über 100 Schizophrenen die Wiedererkrankten und die Nichtwiedererkrankten und fanden, daß erstere deutlich geringere Sozialkontakte hatten als die Nichtwiedererkrankten. 53 % gaben als Hauptursache für die Wiedererkrankung Allein- und Verlassensein, fehlende Zuneigung, Unsicherheit und Angst vor Reaktionen aus der Umwelt an; umgekehrt waren es 53 % der Nichtwiedererkrankten, die ihre Gesundung auf eine bessere Beziehung zu ihren Mitmenschen zurückführten. Die Autoren unterstützten durch ihre Ergebnisse die Erfahrungen anderer Untersu-

chungen, daß die Patienten, die zu ihren Eltern zurückkehren, schlechtere Verlaufschancen haben als die, die bei ihren Ehepartnern, Freunden oder Bekannten leben. Selbst die Nichtwiedererkrankten, die bei ihren Eltern leben, schilderten das gegenseitige Verhältnis als konfliktreich und spannungsgeladen (vgl. GOVE & FAIN, 1973).

Besonders FREEMAN und SIMMONS haben darauf hingewiesen, wie bedeutsam der Empfangsraum des Patienten nach seiner Entlassung ist. Nicht nur ein Zuwenig an Leistungsanforderung und allmählicher Eingewöhnung sozialer Aktivitäten können zu einem erneuten Ausbruch der Krankheit führen, sondern ebenso erhöhte Leistungserwartungen, wie sie besonders an den entlassenen Ehemann oder die Ehefrau gestellt werden. FREEMAN und SIMMONS beobachteten, daß mehr verheiratete Patienten rehospitalisiert wurden als solche, die bei ihren Eltern wohnen, obgleich diese genau so krank oder sogar noch kränker waren. Wie die Autoren in einer nachfolgenden Untersuchung fanden, war eine wesentliche Voraussetzung für ein Leben in der Familie die Toleranz gegenüber abweichendem Verhalten des Patienten; diese Toleranzschwelle war am höchsten bei den Müttern der Patienten: "Mothers, compared with wives, are more likely to tolerate deviant performance before the admission of the patient to the hospital, as well as between subsequent readmissions. The tolerance of wives, compared with mothers, probably decreases after the patient's first hospital experience. Wives emancipated from the patient during hospitalization, are more likely to find, in terms of complemanary systems of emotional gratification as well or better without their mates. Mothers could not as easily move to such a position (S. 153)."

Für Ehefrauen, zumal, wenn sie einer höheren Schicht angehören, stellt sich bei der Rückkehr ihrer Ehemänner erneut das Problem der Stigmatisierung. Wie YARROW et al (1955) beobachteten, schienen sie in den ersten Wochen und Monaten nach der Entlassung mit den gleichen Schwierigkeiten konfrontiert zu sein wie während der stationären Behandlung. In ihren Konfliktlösungs-

strategien schwankten sie zwischen Fluchtverhalten (Wohnungs- und Arbeitsplatzwechsel) und "Rückkehr zum gewohnten Leben" d.h. Wiederaufnahme der alten Tätigkeit und alter Freundschaftsbeziehungen. Die amerikanische Autorengruppe diskutiert diese spezifischen Aspekte des Verhaltens und der emotionalen Einstellung innerhalb eines größeren theoretisch sozialpsychologischen Rahmens. Die Anpassungsmechanismen der Ehefrauen zeigen ihrer Meinung nach in vielen Punkten Parallelen zur Dynamik der Zugehörigkeit zu Minoritätengruppen, so wie sie von Kurt LEWIN konzeptualisiert wurde. Die besondere Stellung der Minderheit ist demnach charakterisiert durch Empfindungen des Unterprivilegiertseins und des Außenseitertums, was wiederum eine argwöhnische und eher feindselige abwehrende Haltung gegenüber der Umwelt zur Folge hat. "The social environment consists of many unknowns in reactions from others as well as expected and experienced social distance. The minority member considers attempts at concealment. His tendency to interprete ambiguous social contexts as rejection or hostility based on ethnic grounds dramatizes his hypersensivity ..." (S. 47).

FREEMAN und SIMMONS (1961) erfaßten mit Hilfe strukturierter Interviews die Stigmatisierungsempfindungen von Angehörigen ehemals psychisch Kranker und setzten sie unter anderem mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen der Angehörigen in Verbindung. Signifikante biseriale Korrelationen zeigten sich zwischen Stigmatisierungsempfindungen und Persönlichkeitsmerkmalen wie: "withdrawal", "frustration", "lack of confidence", "autism", "anomia", "cycloid thinking", "nervousness" und "emotionality". Angehörige mit diesen Merkmalsausprägungen werden von den Autoren als auf sozialem Sektor inkompetent, isoliert, psychisch unausgeglichen und der Umwelt entfremdet charakterisiert.
Fraglich bleibt jedoch, ob sich diese Persönlichkeitszüge nicht eventuell durch den langwierigen Krankheitsprozess und den daraus resultierenden vielfältigen Belastungen herauskristallisiert haben könnten, zumal das Untersuchungsmaterial auf Befragungen Angehöriger von Patienten mit chronischem Krankheits-

verlauf basiert. Eine andere Interpretationsmöglichkeit der oben beschriebenen Ergebnisse wird von PAROW (1972) nahegelegt: "Die Beziehung zwischen Stigma und Persönlichkeitscharakteristika der Angehörigen auf der einen sowie dem Verhalten des Patienten auf der anderen Seite könnte psychogenetisch wie auch interaktionistisch gedeutet werden. Besonders im Falle des Verhaltens des Patienten sagt die bloße formale Korrelation wenig aus. Verhält sich der Patient inadäquat, weil sich seine Angehörigen stigmatisiert fühlen und ihn isolieren, oder entsprechen sich pathologische Angehörige und "inadäquat funktionierender" Patient auf dem Hintergrund langfristiger persönlichkeitsstrukturierender Interaktion?" (S. 167). Die Autoren lassen beide Fragen unbeantwortet.

Wie GRAD & SAINSBURY (1968) an Angehörigen von 410 Patienten 2 Jahre nach ihrer Entlassung beobachteten, zeigte sich die größte Belastung bei Patienten mit organisch begründeten Psychosen oder Patienten, die als abnorme Persönlichkeiten diagnostiziert wurden, aber auch Patienten, die 65 Jahre und älter waren. Patienten mit neurotischen Störungen und jüngere Patienten mit endogenen Psychosen waren für die Angehörigen am wenigsten belastend. Ältere Patienten zeigten nach Schilderung ihrer Angehörigen die geringste Kooperationsbereitschaft. Die Angehörigen waren in ständiger Sorge, daß der Patient sich etwas antun oder verunglücken könnte. "Es war der bettlägerige und "verrückte" Patient, um den man sich ständig kümmern mußte und der das familiäre Leben aufs Drastischste bedrohte" (S. 271). Bei mehr als 50 % der Angehörigen stellten sich gesundheitliche Schäden ein; sie klagten über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und depressive Verstimmungen. Soziale und Freizeitaktivitäten mußten bei 1/3 der Angehörigen reduziert werden; bei 29 % der Befrageten wurde die gesamte Haushaltsroutine durch den Patienten erheblich beeinträchtigt und bei 1/4 mußten drastische finanzielle Einbußen hingenommen werden.

Negative Auswirkungen der Krankheit auf die Kinder wurden bei ca. 1/3 der Familien beklagt. Während nur 2 % der Kinder in

eine Erziehungsberatungsstelle gebracht wurden oder sogar psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen werden mußte, zeigten sich dennoch bei 70 % Verhaltensstörungen. Die Eltern beschrieben vor allem Schulschwierigkeiten der Kinder und Verhaltensstörungen, die bei 10 % der Kinder einen geregelten Schulbesuch vorübergehend verhinderten.

BROWN, BONE, DALISON & WING (1966) kamen in ihrer Untersuchung, die sie bei Angehörigen von 339 schizophrenen Patienten 5 Jahre nach ihrer Entlassung durchführten zu ähnlichen Beobachtungen. Die Angehörigen - vornehmlich Ehepartner und Eltern - wurden unter anderem nach den Konsequenzen des Zusammenlebens mit einem psychisch Kranken für die gesamte Familie befragt.

Bei 1/3 der Familienangehörigen von Patienten, die zum ersten Mal erkrankten, wurden Klagen über ihre gesundheitliche Verfassung laut; bei Patienten, die bereits mehrere Schübe hatten, war es sogar die Hälfte. Die am häufigsten geäußerte Belastung betraf die Arbeitslosigkeit des Patienten während der gesamten 5 Jahre, besonders bei männlichen Patienten; 44 % der Angehörigen klagten über erhebliche finanzielle Belastungen, verglichen mit 15 % der Familien mit einem weiblichen Patienten.
Wenngleich die Sorge um den Patienten aufwendig und für viele Familien mit materiellen und gesellschaftlichen Einbußen verbunden ist, so ist es doch ein erfreuliches Ergebnis der Studie, daß für die Mehrzahl der Befragten der Patient der Familie willkommen ist. 3/4 der Angehörigen war bereit, das kranke Familienmitglied trotz erheblicher Störungen in ihrer Mitte zu akzeptieren und zögerte nicht, alle möglichen Belastungen auf sich zu nehmen, um einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden, gestärkt durch die Überzeugung, daß der Patient zu Hause am besten aufgehoben sei. Lediglich 12 % der Angehörigen gaben an, den Patienten lieber ins Krankenhaus zurückzubringen.

Eine der jüngsten und wohl auch ausführlichsten Arbeiten über den Alltag mit schizophrenen Patienten wurde 1973 von Clare

CREER und John WING durchgeführt. Es wurden 50 Angehörige, hauptsächlich Eltern befragt, die der NSF (National Schizophrenia Fellowship), einer Art Hilfsorganisation, in der sich Angehörige schizophrener Patienten zusammengeschlossen haben, um sich und den Patienten besser helfen zu können, angehören und eine Vergleichsgruppe von 30 Angehörigen, die nicht Mitglieder dieser Vereinigung sind. Der von den Autoren konzipierte Fragebogen umfaßte neben Informationen über Alter, Wohnsitz, Beruf und anderen demographischen Angaben Fragen nach dem Verhalten des Patienten, seinen sozialen und beruflichen Kompetenzen, aber vor allem auch Fragen nach den Problemen, die sich durch die Erkrankung für die Angehörigen stellten.

30 % der Angehörigen meinten, daß die Auswirkungen des Zusammenlebens mit einem schizophrenen Patienten "sehr schwerwiegen" seien; 18 % hielten eine Wohngemeinschaft für "schwerwiegend".

Die Einstellung der Angehörigen zum Patienten wurde während der Interviewsituation durch die Art und Weise, wie sie über den Patienten sprachen zu erfassen versucht. Insgesamt zeichnete sich eine wohlwollende und tolerante Haltung gegenüber dem kranken Familienmitglied ab; niemand stand ihm ablehnend gegenüber.

Bei 1/4 der Befragten war die Einstellung "ungünstig"; sie äußerten sich in kritischer, vorwurfsvoller Weise gegenüber dem Patienten. Einige waren der Meinung, daß der Patient etwas mehr Eigeninitiative ergreifen und auch kooperativer sein könnte.

Auf die Frage nach persönlichen Schwierigkeiten gaben die Angehörigen 3 Hauptproblembereiche an:

a) eigene emotionale Schwierigkeiten:

Viele Angehörige klagten über eine permanente Atmosphäre der Spannung. Man habe das Gefühl "wie auf einem Vulkan zu leben", da das Verhalten und die Stimmung des Patienten von einer Minute zur anderen umschlagen könnten.

Viele der Angehörigen reagierten auf diese Situation mit Angstgefühlen und depressiven Verstimmungen.
"Für die Atmosphäre, in der der Patient lebte, war die emotionale Einstellung der Angehörigen entscheidend, Wenn beispielsweise ein Angehöriger dermaßen deprimiert war, daß er alle Hoffnungen aufgegeben hatte, konnte sich der Zustand des Patienten verschlimmern, weil es keine konsistenten Verhaltenserwartungen mehr an ihn gab. Auf diese Weise konnten sich eine Verschlechterung im Zustand des Patienten und die Depression des Angehörigen zu einem Teufelskreis schließen. Gerade in solchen Fällen bedarf es der Intervention von außen. Wenn aber der Angehörige emotional erschöpft ist, ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, daß er weder Motivation noch Initiative aufbringt, sich an Dienste und Einrichtungen zu wenden, die diesen circulus vitiosus unterbrechen könnten (zit. nach KATSCHNIG S. 130/131).

b) Spannungen im familiären Bereich:

Häufig wurden vor allem psychische Beeinträchtigungen der Geschwister des Patienten erwähnt, aber auch Konflikte zwischen den Eltern, hervorgerufen durch divergierende Meinungen über Einstellung und Verhalten gegenüber dem Patienten.

c) Konflikte im weiteren sozialen Umfeld:

Für die Mehrzahl der Angehörigen war durch das Zusammenleben keine negative Auswirkung im beruflichen Leben zu verzeichnen; dennoch kam es in einzelnen Fällen zu vorzeitigen Pensionierungen, weil sie der Doppelbelastung nicht mehr gewachsen waren oder weil sonst niemand zur Verfügung stand, der sich um den Patienten hätte kümmern können. Weitaus häufiger waren Klagen über Einschränkungen im ge-

sellschaftlichen Leben. Manche Angehörige hatten Bedenken, den Patienten zu öffentlichen Veranstaltungen mitzunehmen oder auch Gäste nach Hause einzuladen, aus Furcht, daß man am Verhalten des Patienten Anstoß nehmen könnte, selbst wenn dieser sich keineswegs auffällig oder aggressiv, sondern vielmehr still und zurückgezogen verhielt.

Wie groß mitunter die Hilflosigkeit der Angehörigen ist, mit der Krankheit fertig zu werden, bzw. beginnende Symptome als solche überhaupt zu identifizieren, wird in einer Umfrageuntersuchung von KRAUSS (1976) deutlich. Leider wurden von den insgesamt 276 verschickten Fragebogen lediglich 49 beantwortet, ein Zeichen dafür, daß eine mündliche Befragung der Angehörigen gerade bei einer solchen Thematik unerläßlich ist.

Die Probleme der Angehörigen von Patienten, die an einer chronifizierten Psychose erkrankt waren, bezogen sich in erster Linie auf:

- mangelhafte Unterrichtung hinsichtlich Diagnose, Prognose, Verlauf, Therapie und soziale Auswirkungen der Krankheit in ihren verschiedenen Stadien;

- ungenügende Anweisungen vor der Entlassung des Kranken aus der Klinik;

- erlebte Widersprüche in der diagnostischen und prognostischen Beurteilung;

- geringe Hilfsbereitschaft mancher Hausärzte bei nötigen Einweisungen des Kranken in das psychiatrische Krankenhaus bei Rückfällen;

- Mangel an psychiatrischer Versorgung in ländlichen Gegenden.

Die Hilf- und Ratlosigkeit der Angehörigen war besonders groß bei Patienten, die sowohl eine ambulante Weiterbetreuung als auch eine geregelte Medikamenteneinnahme verweigerten, so daß es rasch zu einer erheblichen Verschlechterung des Krankheitszustandes kam und die ohnehin bestehenden Spannungen und psychischen Belastungen innerhalb der Familie sich bis zur Unerträglichkeit steigerten.

Eine englische Forschergruppe am Institute of Psychiatry in London befaßt sich seit mehreren Jahren mit den Einflüssen sozialer Faktoren auf den Verlauf der Schizophrenie. Ziel dieser Art von Sozialpsychiatrie, wie sie u.a. von J. WING vertreten wird, ist die Erarbeitung von Handlungsanweisungen, die aufgrund empirischer Forschung gewonnen werden und einer besseren psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung zugute kommen sollen bzw. die Rückfallquote reduzieren helfen soll.

BROWN, MONCK, CARSTAIRS und WING untersuchten den Einfluß der familiären Atmosphäre auf den Verlauf der Schizophrenie. In einer Untersuchungsreihe in einem Zeitraum von 1962 bis 1972 entwickelten sie ein Instrumentarium, das es erlaubt, Familien zu identifizieren, die für den Patienten eine erhöhte Rückfallgefahr darstellen.

Ziel der Erstuntersuchung (1962) war die Erfassung der emotionalen Beziehung eines relevanten Angehörigen zum Patienten während der Interviewsituation. Befragt wurden Ehefrauen oder Mütter von schizophrenen Patienten zwischen 20 und 49 Jahren. Der klinische Zustand des Patienten wurde unmittelbar vor der Entlassung beurteilt und bei der Wiederaufnahme des Patienten oder ein Jahr nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Einstufungen der vom Angehörigen ausgedrückten Emotionen wurden auf 5 Skalen vorgenommen:

"1. Emotionen, die der wesentliche Angehörige dem Patienten gegenüber zeigte;

2. Feindseligkeiten des Angehörigen gegenüber dem Patienten;

3. dominierendes oder direktives Verhalten des Angehörigen dem Patienten gegenüber;

4. Emotionen, die der Patient dem Angehörigen gegenüber zeigte;

5. Feindseligkeiten des Patienten gegenüber dem Angehörigen.

Dabei waren für die Autoren besonders 3 Aspekte wichtig:

a) die Stärke der ausgedrückten Emotionen, ungeachtet ihrer Gerichtetheit

b) Feindseligkeit

c) Dominanz " (zit. nach KATSCHNIG S. 170).

Die Einstufungen basierten auf dem Inhalt des Gesprochenen, dem Tonfall und der Gestik der Befragten.

Das Material wurde von zwei unabhängigen Personen ausgewertet, die eine Übereinstimmung von über 90 % erreichten. Mit Hilfe dieser Einschätzungen konnten Familien mit "starkem emotionalen Engagement" und solche mit "geringem emotionalen Engagement" unterschieden werden. Es zeigte sich, daß Patienten aus Haushalten mit "starkem emotionalen Engagement" eine Verschlechterung ihres Zustandes aufwiesen und ihre Rehospitalisierungsrate bedeutend höher war als bei Patienten aus Familien mit "geringem emotionalen Engagement".

VAUGHN und LEFF (1976) führten eine Replikation der Untersuchung von BROWN et al. (1962) an einer Vergleichsgruppe von 30 depressiv-neurotischen und 37 schizophrenen Patienten durch.

Die Angehörigen depressiver Patienten äußerten sich nicht mehr und nicht weniger kritisch als die Angehörigen der schi-

zophrenen Patienten.
Obgleich in dieser Studie auch noch andere Variablen wie Alter, Beruf, etc. berücksichtigt wurden, bleibt die Skepsis in den Verbalisierungen der Angehörigen der determinierende Faktor für die Rückfälligkeit des Patienten. Während der neun Monate nach ihrer Entlassung hatten 48 % aller Patienten aus Familien mit hohen EE ("expressed emotions") -Werten einen Rückfall, jedoch nur 6 % der Patienten aus Familien mit niedrigen EE-Werten.

3. EMPIRISCHER TEIL

3.1. Fragestellung

Es soll an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich darauf verwiesen werden, daß der Begriff der Einstellung nicht im Sinne sozialpsychologischer Einstellungstheorien bzw. im technischen Sinne, operationalisiert durch eine Einstellungskalierung, benutzt wird; sondern der Terminus "Einstellung" soll in der vorliegenden Arbeit viel unpräziser, eher umgangssprachlich verwendet werden, d.h. es interessiert die Sichtweise oder Auffassung, die die Angehörigen vom psychotisch kranken Familienmitglied haben. Man könnte hierzu kritisch einwenden, daß diese Art der Begriffsbildung für ein wissenschaftliches Vorgehen zu ungenau ist. In ihrer Ungenauigkeit liegt jedoch gerade ihr Vorteil. Dadurch, daß die Fragestellung nicht von vorneherein eingeengt ist, impliziert sie eine größere Nähe zum "Alltag", zur Wirklichkeit.
Es soll versucht werden, die komplexe Problematik, mit der sich die Angehörigen zwar schon während der stationären Behandlung, vor allem aber bei der Reintegration des Ex-Patienten in den Familienkreis konfrontiert sehen, näher zu beleuchten.
Für viele chronische Erkrankungen wie z.B. Blindheit, Lähmungen und andere körperliche Behinderungen gibt es bereits ausführliche Hilfestellungen für die Betroffenen und auch ihre Angehörigen. Jedoch im Krankheitsfall der Schizophrenie oder der endogenen Depression sind sowohl die Patienten als auch ihre nächsten Angehörigen dem Schicksal hilflos ausgeliefert.

Herkömmliche Meßmethoden auf dem Hintergrund der verschiedenen Einstellungstheorien sind für die vorliegende Fragestellung nicht angemessen. Im Sinne der Auswerterobjektivität und Reliabilität würden ihre Ergebnisse sicherlich präziser sein; ihre psychologische Relevanz würde jedoch ganz in den Hintergrund treten. Der von uns entwickelte Explorationsleitfaden

trägt gerade einer breiteren psychologischen Aspekterfassung Rechnung. Gleichzeitig bietet sich die Möglichkeit, mehr auf den einzelnen Menschen und seine besondere Individualität einzugehen.

Die Aspekte der Auffassung vom kranken Familienmitglied und der Sichtweise einer Reintegration in den Familienkreis, sowie den Erwartungen an ein zukünftiges Zusammenleben mit ihm sollen in ihrem Zusammenhang mit Persönlichkeitsmerkmalen und demographischen Daten der Angehörigen als auch den anhand der Krankengeschichten gewonnenen Patientendaten analysiert werden.

Wenn im folgenden von einzelnen zu überprüfenden Annahmen und nicht von Hypothesen gesprochen wird, so deshalb, weil es bis heute keine Theorie zur "Einstellung" Angehöriger endogen psychotisch kranker Menschen gibt, aus der Hypothesen abgeleitet und überprüft werden könnten.

Einige Aussagen bisher zu diesem Thema durchgeführter Untersuchungen sollen an unserer Stichprobe überprüft und auf der Grundlage unseres Untersuchungsmaterials sollen folgende Annahmen formuliert werden.

3.2. Formulierung spezifischer Annahmen

Annahme 1: Die Einschätzung des kranken Familienmitglieds anhand des semantischen Differentials steht in Zusammenhang mit:

a) der ärztlichen Diagnose sowie der Dauer der Erkrankung

In ihrer Interviewserie an Ehefrauen schizophrener Patienten, die sich über mehrere Jahre erstreckte, kamen JOHNSTON und PLANANSKY (1968) zu dem Ergebnis, daß mit der Dauer der Erkrankung und ihrem Schweregrad die eigene Beurteilung des Patienten eine deutliche Trendwende ins Negative erfährt.

b) den bereits erlebten Wochenenderfahrungen mit dem Patienten

Es kann vermutet werden, daß zufriedenstellende Wochenenderfahrungen mit dem kranken Familienmitglied eine positive Einschätzung unterstützen.

c) der Zugehörigkeit der Angehörigen zu einer bestimmten sozialen Schicht

Wie YARROW et al. (1955) feststellten, war die Diskriminierungssorge seitens der Gesellschaft am intensivsten bei Angehörigen, die einer höheren sozialen Schicht entstammten. Die von den Autoren befragten Ehefrauen beurteilten ihre Partner fast alle negativ und vermuteten kaum eine Heilungschance.

d) dem Verwandtschaftsgrad des Angehörigen.

Annahme 2: Unterschiedliche Reaktions- und Erlebensweisen der Angehörigen auf die Erkrankung stehen in Zusammenhang mit:

a) der Art der Erkrankung

b) dem Verwandtschaftsgrad des Angehörigen

ALIVASATOS (1964) beobachtete bei 38.4 % der Eltern abnorme Erlebens- und Verhaltensmuster versus 21.0 % der Geschwister.

c) der Ausprägung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale

Angehörige, die in ihrer Persönlichkeitsstruktur eher durch Merkmale wie etwa "harmavoidance" oder "succorance" determiniert sind, reagieren vermutlich eher abweisend auf das kranke Familienmitglied oder manifestieren u.U. selbst psychische oder physische Symptome.

d) der Ursachenattribuierung der Erkrankung

In Anlehnung an die Untersuchung von YARROW et al. (1955) kann angenommen werden, daß Angehörige, die die Erkrankung auf körperliche oder andere exogene Momente zurückführen, verständnisvoller reagieren als Angehörige, die die Krankheit z.B. auf persönlichkeitseigene Mängel wie z.B. Willensschwäche zurückführen.

Annahme 3: Die Bereitschaft zur Wiederaufnahme des Patienten in den Familienkreis steht in Zusammenhang mit:

a) der ärztlichen Diagnose

Es kann angenommen werden, daß die Bereitschaft der An-

gehörigen zur Wiederaufnahme des Patienten in den Familienverband im Erkrankungsfalle einer endogenen Depression größer ist als im Erkrankungsfalle einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis.

b) der Häufigkeit stationärer Behandlungen

Wiederholte Phasen, bzw. Krankheitsschübe rufen bei den Angehörigen möglicherweise eher Resignation hervor und verstärken den Wunsch, den Patienten in der Obhut psychiatrischer Betreuung zu belassen.

c) dem Verwandtschaftsgrad des Angehörigen

Wie die Untersuchungsergebnisse von STEVENS (1972) aufzeigen, war die größte Bereitschaft zur Wiederaufnahme des Patienten nach seiner stationären Behandlung bei Eltern und in besonderer Weise bei Müttern anzutreffen.

d) der Zugehörigkeit der Angehörigen zu einer bestimmten sozialen Schicht

YARROW et al. (1955) und auch FREEMAN & SIMMONS (1959) beobachteten bei Angehörigen einer höheren sozialen Schicht ein erhöhtes Stigmatisierungsempfinden. Ihre Bereitschaft zur Wiederaufnahme des Patienten war sehr gering.

e) dem Wohnort (Stadt/Land)

BAER (1975) und HÄBERL (1975) kamen zu der Beobachtung, daß bei Angehörigen, die aus kleineren ländlichen Ortschaften kamen, eine erhöhte Verweigerungstendenz bestand, den Patienten wieder zu Hause aufzunehmen.

f) der Ausprägung bestimmter Persönlichkeitszüge

Analog der Untersuchung von DEYKIN (1966) kann angenommen werden, daß ein Zusammenhang zwischen erhöhter Risikobereitschaft zur Wohngemeinschaft mit dem Patienten

und Persönlichkeitszügen wie etwa "autonomy", "endurance", "nuturance" und "social recognition" besteht.

g) dem antizipierten Stigmatisierungsverhalten seitens der Umwelt

Angehörige, die eine eher negative Beurteilung des Patienten seitens der Umwelt (Freunde, Nachbarn, Kollegen) vorwegnehmen, werden seiner Reintegration in den Familienverband ablehnender gegenüberstehen als Angehörige, die eine eher positiv getönte Einschätzung des kranken Familienmitglieds seitens der Umwelt vermuten.

h) bereits erlebten Wochenenderfahrungen mit dem Patienten

Familienmitglieder, die von reibungslosen oder sogar befriedigenden Erfahrungen im Umgang mit dem Patienten während der Wochenenden berichten, zeigen vermutlich eine größere Bereitschaft zur Wiederaufnahme als Angehörige, die die gemeinsam verbrachten Wochenenden als Belastung empfunden haben.

i) der Rückfallerwartung

Angehörige, die einen erneuten Krankheitsschub oder eine erneute Phase für sehr wahrscheinlich halten, tendieren möglicherweise eher dazu, den Patienten in stationärer Behandlung zu lassen als ihn wieder in den Familienkreis aufzunehmen.

k) der Einschätzung der Zukunftsperspektive

Angehörige, die einem Zusammenleben mit dem Patienten hoffnungsvoll und positiv gegenüberstehen, zeigen eine größere Bereitschaft zur Wiederaufnahme.

Annahme 4: Die Sorge um ein potentielles Rezidiv des Patienten steht in Zusammenhang mit:

a) der Einschätzung des kranken Familienmitglieds

Wo der Patient aufgrund seiner Erkrankung eine ohnehin negative Beurteilung erlebt, ist die Wahrscheinlichkeit einer antizipierten Rückfälligkeit groß.

b) der Dauer der Erkrankung, bzw. der Häufigkeit stationärer Behandlungen

Mit wiederholter stationärer Behandlung und zunehmender Dauer der Erkrankung wird die Wahrscheinlichkeit eines Wiederaufflackerns der Symptomatik von den Angehörigen hoch eingeschätzt.

c) Angehörige mit Persönlichkeitsmerkmalen wie etwa "defendence", "harmavoidance" halten einen Rückfall für weniger wahrscheinlich als Angehörige mit Persönlichkeitsmerkmalen wie "endurance", "change" etc..

d) Ursachenattribuierung

Angehörige, die eher organische oder persönlichkeitseigene Aspekte als krankheitsverursachend bzw. -auslösend ansehen, sehen die Möglichkeit einer Rezidivierung als gering an.

e) den Wochenenderfahrungen

Angehörige, die die Wochenenden mit dem Patienten als belastend erlebt haben, rechnen eher mit einer Rückfälligkeit und favorisieren einen ungünstigen Krankheitsverlauf.

Annahme 5: Die Einschätzung einer gemeinsamen Zukunftsperspektive mit dem kranken Familienmitglied steht in Zusammenhang mit:

a) der ärztlichen Diagnose

Bei günstig artikulierter Diagnose und Prognose seitens der medizinischen Betreuer des Patienten wird die gemeinsame Zukunft mit ihm positiver und hoffnungsvoller gesehen als bei einer eher ungünstigen Prognose bzw. bei mangelnder Information.

b) der Dauer der Erkrankung bzw. Häufigkeit der stationären Behandlungen

Mit zunehmender Dauer der Erkrankung und wiederholtem stationären Aufenthalt nimmt die Hoffnung auf eine positive Lebensgestaltung mit dem Patienten ab.

c) dem Verwandtschaftsgrad des Angehörigen

Ältere Angehörige, besonders Eltern, sehen eine gemeinsame Zukunft mit dem Patienten als selbstverständlicher an als Ehepartner (vgl. Untersuchung von STEVENS 1972).

d) dem Wohnort (Stadt/Land)

Bewohner ländlicher Gegenden betrachten eine gemeinsame Zukunft mit dem Patienten als konfliktbehafteter als Angehörige größerer Ortschaften (vgl. Studien von BAER 1975 und HÄBERL 1975).

e) der Ausprägung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale

Angehörige, die durch Persönlichkeitsmerkmale wie etwa "nuturance", "endurance", "understanding" gekennzeichnet sind, sehen einer gemeinsamen Zukunft mit dem Patienten aufgeschlossener und optimistischer entgegen als Angehörige mit Merkmalen wie z.B. "social recognition", "desirability", "harmavoidance" etc..

f) den Wochenenderfahrungen

Die Angehörigen, die die Wochenenden als konfliktreich und belastend beschreiben, stehen einer gemeinsamen Zukunft eher skeptisch und ablehnend gegenüber.

g) dem Erfahrungshintergrund mit der Umwelt

Angehörige, die von verletzenden Erlebnissen mit Personen der Umwelt berichten, sehen die gemeinsame Zukunft mit dem Patienten als belastend an.

h) dem Ausmaß der antizipierten persönlichen Belastungen

Angehörige, die durch die Wohngemeinschaft mit dem Patienten eine starke Einbuße des persönlichen Lebensraumes oder seine Umgestaltung befürchten, sehen die gemeinsame Zukunft negativ und stehen ihr ablehnend gegenüber.

3.3. Untersuchungsmethoden

In der vorliegenden Untersuchung wurden neben einer ausführlichen Exploration, die Personality-Research-Form in ihrer deutschen Oberarbeitung von ANGLEITNER und Mitarbeitern (1976, 1977), sowie eine von BAER und Mitarbeitern (1975, 1976) auf die spezielle Fragestellung modifizierte Form des semantischen Differentials von OSGOOD, SUCI und TANNENBAUM (1967) angewendet.

Außerdem konnten die Krankengeschichten der betreffenden Patienten eingesehen werden, um ergänzende Angaben zur Person wie etwa medizinische Diagnose, Häufigkeit und Dauer der Erkrankung usw. zu gewinnen.

3.3.1. Methodische Überlegungen

Das Problem der Methodenwahl stellte sich bei der vorliegenden Fragestellung folgendermaßen:

Wie bereits erwähnt, liegt bis heute noch keine Theorie zur "Einstellung" von Angehörigen gegenüber ihren psychotisch kranken Familienmitgliedern vor, aus der Hypothesen exakt abgeleitet und überprüft werden könnten.

Zudem mußte bei der Informationsgewinnung besonders behutsam vorgegangen werden, da der Problemkreis psychischer Erkrankungen für viele Angehörige als eine "tabuierte Zone" erlebt wird und von daher nicht mit spontaner Offenheit bei der Behandlung dieses Themas gerechnet werden konnte.
Es galt, eine möglichst natürliche Situation zu schaffen, in der den Angehörigen eine positive Auseinandersetzung mit der Thematik möglich sein konnte. Besonders wichtig war es, ein Vertrauensverhältnis zu schaffen, auf dessen Basis angstfrei über das gesamte Spektrum der Problematik gesprochen werden konnte. Eine Reaktion auf vorgegebene Reize, wie etwa im Falle von Einstellungsskalierungen könnte diesem so wichtigen Anspruch einer möglichst natürlichen Situation nicht Rechnung tragen, sondern birgt eher die Gefahr einer prüfungsähnlichen Situation in sich.

Aufgrund dieser Überlegungen entschlossen wir uns, eine ausführliche Befragung der Angehörigen im Sinne eines halbstandardisierten Explorationsleitfadens als Hauptinstrument zur Datengewinnung auszuwählen.

3.3.2. Halb-strukturierte Exploration

Unter den in der vorliegenden Arbeit angewandten Untersuchungsverfahren kommt der halb-strukturierten Exploration eine besondere Bedeutung zu. In der Literatur wird auf die verschiedensten methodischen Mängel dieses psychologischen Datenerhebungsverfahrens verwiesen. So wird betont, daß verschiedene Interviewer von den befragten Personen unterschiedlich wahrgenommen werden. Die Art und Weise, wie der Untersucher auftritt, was er im Befragten an positiven oder negativen Emotionen auslöst, sein sprachliches und nicht-sprachliches Verhalten - das alles bleibt nicht ohne Auswirkung auf die Beantwortung der einzelnen Fragen. Oder aber wie WILDE (1949) ausführt: "... die Beurteilung aufgrund eines Gesprächs ist in hohem Maße subjektiv, sie gibt weit mehr das subjektive Erlebnis des Beobachters wieder als den objektiven Sachverhalt."

Wenngleich auch die Exploration vom rein methodischen als auch erhebungstechnischen Standpunkt Mängel aufweist, so ist sie u.E. für bestimmte psychologische Untersuchungsgegenstände das psychologisch-methodische Verfahren, zu dem es bislang keine bessere, den Erfordernissen des praktischen Psychologen adäquate Alternative gibt. Zwar zeichnen sich die meisten psychometrischen Verfahren durch höhere Reliabilität und Objektivität aus, diese erhöhten methodischen Anforderungen werden jedoch erkauft durch eine Einengung der Komplexität psychologischer Sachverhalte. Hinzu kommt, daß die sogenannten exakten Verfahren bezüglich ihrer äußeren Gültigkeit der Exploration nicht überlegen sind.

Bei der vorliegenden Fragestellung kam es eben nicht darauf an, die befragten Personen auf vorgefertigte Antwortschemata reagieren zu lassen, sondern die jeweils individuellen und subjektiv als bedeutsam erlebten Schwierigkeiten, die die Angehörigen schizophrener oder endogen depressiver Patienten haben, zu erfassen.

Die Exploration "soll dem sogenannten Durchschnittsmenschen eine Chance geben, in der Wissenschaft vom menschlichen Verhalten und seiner inneren Begründung zu Wort zu kommen. Die meisten unserer diagnostischen Verfahren engen seine Antwortmöglichkeit auf ein Konzept ein, das den Erfordernissen einer bestimmten Methodologie entspricht. Dadurch verschließt sich die Wissenschaft den Zugang zur vollen Breite menschlichen Verhaltens" (THOMAE, 1968, S. 113).

Besonders bei der vorliegenden Fragestellung mußte eine Atmosphäre des Vertrauens geschaffen werden, in der sich die Angehörigen angstfrei äußern konnten, in der der Untersucher nicht als der "Experte", der "Oberlegene", als derjenige, der die Dinge durchschaut, die der andere nicht sieht, dasteht, sondern als ein wirklicher Partner. Eine wesentliche Voraussetzung einer solchen Interaktion ist eine "emotional und affektiv weitgehend entlastete, dabei aber doch zum Engagement auffordernde Situation" (THOMAE, 1968, S. 113).

Ein weiterer Vorteil der halb-standardisierten Exploration liegt in ihrer Flexibilität und Elastizität. Der Untersucher ist nicht an eine bestimmte Reihenfolge der Fragen gebunden, sondern er kann sich der je spezifischen Individualität des Befragten anpassen, seinem Sprachverständnis, seiner Auffassungsgabe. Eine standardisierte Form der Exploration konnte für die vorliegende Fragestellung nicht angenommen werden.

Trotz der oben andiskutierten Mängel und Schwächen, um einer tiefgreifenderen Aspekterfassung willen, entschlossen wir uns zur Durchführung einer halb-standardisierten Exploration.

Der in dieser Untersuchung angewandte Explorationsleitfaden (siehe Anhang B) umfaßt folgende Fragenkomplexe:

- Was wissen Angehörige psychotisch kranker Menschen über psychische Störungen ganz allgemein und was speziell von der des betroffenen Familienmitglieds hinsichtlich:

  Ätiologie
  Diagnose
  Therapie
  Prognose ?

- Wie ist die Einstellung der Angehörigen zu den behandelnden Institutionen und deren therapeutischen Möglichkeiten?

- Welche Erfahrungen haben die Angehörigen mit dem Patienten vor seiner Erkrankung gemacht?

- Welche Möglichkeiten und Schwierigkeiten sehen die Angehörigen hinsichtlich einer Rückkehr des Patienten in die Familie, hinsichtlich seiner Arbeits- und Berufsmöglichkeiten, hinsichtlich seines Wieder-Fuß-Fassens in der Gesellschaft?

- Wie wird die gemeinsame Zukunft prospektiv erlebt?

3.3.3. Personality-Research-Form

Zur Überprüfung der Fragestellung, ob die Bereitschaft zur Wohngemeinschaft mit einem ehemals psychisch kranken Familien-

mitglied und den dadurch möglicherweise auftretenden Schwierigkeiten und Problemen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen der Angehörigen einhergeht, wurde die deutsche Version der Personality-Research-Form (JACKSON 1967) eingesetzt, ein sowohl in methodischer wie auch in theoretischer Hinsicht ausgereiftes Verfahren, dessen Stabilitätswerte weit über der Stabilität herkömmlicher Persönlichkeitstests liegen.

Bei der Konstruktion seines Persönlichkeitsfragebogens orientierte sich JACKSON eng an die Personologie MURRAYs (1938). Ganz besonderen Wert legte er darauf, von einer Theorie auszugehen, zu der bereits ein breites Spektrum empirischer Ergebnisse vorliegt, zum anderen soll das Verfahren die wichtigsten in dieser Theorie formulierten Persönlichkeitseigenschaften möglichst erschöpfend erfassen. Der Fragebogen umfaßt die Skalen:

- Abasement
- Achievement
- Affiliation
- Aggression
- Autonomy
- Change
- Cognitive Structure
- Defendence
- Dominance
- Endurance
- Exhibition
- Harmavoidance
- Impulsivity
- Nuturance
- Order

- Play
- Sentience
- Social Recognition
- Succorance
- Understanding
- Infrequency
- Desirability

Eine Obersetzung der Beschreibung von Personen mit relativ hoher Merkmalsausprägung in Anlehnung an JACKSON 1974, ist im Anhang zu finden (vgl. Anhang D).

ANGLEITNER und Mitarbeiter führten in den Jahren 1975 bis 1977 im Rahmen eines Forschungsauftrages, der vom Bundesministerium der Verteidigung finanziert wurde, eine Äquivalenzstudie einer deutschen Fassung durch.

Wenngleich die bislang vorliegenden Ergebnisse der Gütekriterien auch nur als vorläufig aufzufassen sind, so kamen ANGLEITNER et al. (1975, 1976) in ihren Untersuchungen zu Reteststabilitäten, die ihrer Meinung nach zu den höchsten zählen, die bisher im deutschsprachigen Bereich für Persönlichkeitstests gefunden wurden.
Bei einem Test-Retestintervall von 14 Tagen ergaben sich Werte von .80 bis .96 für die englische Version und für die deutsche Obersetzung Werte von .76 bis .96.

Aussagen über den Ausprägungsgrad auf den für die vorliegende Untersuchung relevanten Beschreibungsdimensionen können nur in Relation zu unserer Stichprobe gemacht werden, da es für die deutsche Version noch keine Standardisierung gibt.

3.3.4. Semantisches Differential

Die Methode des semantischen Differentials verlangt vom Probanden die Einstufung eines Begriffes oder eines Gegenstandes der Anschauung auf einer Reihe von Polaritäten, die zu diesem Gegenstand oder Begriff in einem möglichen assoziativen Bezug stehen.

Dieses von OSGOOD, SUCI und TANNENBAUM (1957) entwickelte Instrument zur Erfassung der kognitiven und der bewertenden Einstellungskomponenten wurde bereits 1961 von NUNNALLY für das Thema "Geisteskranke" verwendet. Die Einstellung der Bevölkerung gegenüber geisteskranken Menschen hob sich im Vergleich zu der des "Durchschnittsmenschen" negativ ab. Sie werden als wertlos, gefährlich, kalt, unberechenbar, unaufrichtig und unzuverlässig eingeschätzt.

JAECKEL & WIESER (1970), die anhand des semantischen Differentials eine Replikation dieser Studie an einer repräsentativen Stichprobe der Bremer Bevölkerung durchführten, kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, daß die Distanzierung der Bevölkerung zum Geisteskranken im Vergleich zu anderen mißliebigen Randgruppen wie etwa Verbrecher oder Asoziale eine alle Lebensbereiche umgreifende ist, wobei das Problem der "Unbestimmbarkeit" seines Verhaltens und - in zweiter Linie - die Schwierigkeit der Sanktionierbarkeit wesentlich sind.

Da in der Literatur bislang zum Konzept des psychisch kranken Menschen noch keine Skalen zur Verfügung stehen, die empirisch überprüft wurden, wäre es erforderlich gewesen, ein spezielles Differential zu erarbeiten. Um jedoch einen Vergleich mit den schon vorliegenden Ergebnissen des sozialpsychiatrischen Arbeitskreises um WIECK in Erlangen (BAER, R., HÄBERL, P., HEISCHMANN, H., MOHLBERG, W., ZEILINGER, G.) zu gewährleisten, wurden die Items der Polaritätsprofile aus den Untersuchungen von BAER (1973, 1975) und HÄBERL (1975) unverändert übernommen (vgl. Anhang E).

Unter den von den Autoren ausgewählten polaren Adjektiven waren sowohl sachlich-beschreibende Begriffspaare, z.B. traurig-fröhlich, als auch solche mit eher pejorativem Beiklang, z.B. launisch-ausgeglichen.

Dieses Polaritätsprofil wurde unseren Versuchspersonen mit der Instruktion vorgelegt, das bereits teilweise genesende Familienmitglied zu beurteilen.

Eine Nachbefragung der Angehörigen anhand dieses Differentials, so wie sie von BAER (1975) nach einem durchschnittlichen Zeitintervall von 35 Wochen durchgeführt wurde, wäre sicherlich insofern von Bedeutung gewesen, als man die die Psychose überdauernden negativen Einstellungen gegenüber dem Patienten hätte erfassen können, wurde jedoch für unsere Fragestellung vor allem aus erhebungstechnischen Gründen nicht mehr in Erwägung gezogen.

3.4. Voruntersuchung

Die Voruntersuchung wurde im Juni/Juli 1976 an 15 Angehörigen endogen psychotischer Patienten der Tages- und Nachtklinik durchgeführt. Es wurde darauf geachtet, daß sowohl Angehörige endogen depressiver Patienten als auch solcher des schizophrenen Formenkreises in die Voruntersuchung miteinbezogen wurden. Alle Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet und dienten im wesentlichen zur Oberprüfung des Explorationsleitfadens.

Von diesen Tonbandaufzeichnungen wurden Transkripte angefertigt, die die kritische Beurteilung dieses vorläufigen Explorationsleitfadens erleichterten. Durch intensive Diskussion

mit Kollegen, die im Bereich der Interview- bzw. Befragungstechnik über eine reichhaltige praktische Erfahrung verfügen, konnten Fehler in der Explorationstechnik korrigiert werden. Andererseits erhielten wir durch diese Gespräche wertvolle Anregungen, die zu Umformulierungen, Kürzungen oder aber auch Erweiterungen der ursprünglichen Version des Leitfadens führten.

3.5. Hauptuntersuchung

Die Hauptuntersuchung fand in der Zeit vom September 1976 bis Januar 1977 statt. Insgesamt wurden 67 Angehörige von Patienten, die als endogen psychotisch diagnostiziert waren, befragt. Alle Gespräche wurden mit Einwilligung der Angehörigen auf Band aufgezeichnet.
Es soll an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich auf die freundliche Genehmigung von Herrn Prof. Dr. med. Huhn zur Durchführung dieser Untersuchung hingewiesen werden. Auch ohne die bereitwillige Mitarbeit und Kooperationsbereitschaft der Stationsärzte und des gesamten Pflege- und Behandlungspersonals, die durch Bereitstellen von Räumen, Informationsvermittlung und Kontaktaufnahme mit den Angehörigen für einen reibungslosen Ablauf gesorgt haben, hätte die Befragung nicht stattfinden können.

Jeder Patient wurde persönlich über Sinn und Zweck der Untersuchung unterrichtet und um Erlaubnis zur Befragung seiner Angehörigen gebeten. In den meisten Fällen gaben sie bereitwillig ihre Zustimmung zur Durchführung der Exploration und der Anwendung der übrigen Verfahren. Lediglich zwei Patienten zeigten sich der Untersuchung äußerst mißtrauisch gegenüber

und lehnten eine Befragung selbst auf mehrmalige Aufforderung hin ab. Eine mögliche Ursache für die Verweigerungstendenz dieser Patienten könnte einmal auf dem Hintergrund ihrer Erkrankung gesehen werden: beide Patienten leiden an einer chronifizierten Form einer halluzinatorisch-paranoiden Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis: Patienten dieser Erkrankungsart tendieren häufig zu ausgeprägtem Mißtrauen gegenüber ihrer Umwelt und es verfestigt sich leicht der Eindruck einer Verschwörung, die gegen sie inszeniert wird. Zum anderen wurde vom Pflegepersonal in diesen beiden Fällen die ohnehin schon stark strapazierte und schwierige familiäre Situation geschildert, die zu einem erheblichen Teil durch versteckte Feindseligkeiten und unoffenes miteinander Agieren charakterisiert war. Eine Befragung der Angehörigen mußte in diesen Fällen als eine persönliche Bedrohung für die Patienten erlebt werden. Die Angehörigen dieser Patienten wurden von der Befragung ausgeschlossen.

Entgegen unseren Erwartungen, daß das Thema der Sichtweisen der Erkrankung und der potentiellen Kooperationsbereitschaft für die Angehörigen eine "tabuierte Zone" sein würde, und von daher mit einer relativ hohen Verweigerungstendenz zu rechnen sei, zeigte sich ein recht ausgeprägtes Engagement und große Bereitwilligkeit, an der Untersuchung teilzunehmen.

Auch die Angehörigen wurden in Form eines Informationsblattes (siehe Anhang A), das entweder den Patienten mitgegeben oder ihnen vom Pflegepersonal gegeben wurde, über den Sinn der Untersuchung unterrichtet.
Einige Angehörige stimmten der Befragung prinzipiell zu, mußten jedoch zu Hause aufgesucht werden, da sie einer Untersuchung im Landeskrankenhaus ablehnend gegenüberstanden.

Drei von insgesamt 52 Angehörigen weigerten sich, den Persönlichkeitsfragebogen (Personality-Research-Form), der ihnen im Anschluß an die Exploration gegeben wurde, auszufüllen.

Die Erhebung der Untersuchung verlief jeweils so, daß mit den Angehörigen ein 1 1/2 - 2stündiges Einzelgespräch geführt wurde. Elternpaare wurden jeweils getrennt befragt, jedoch gleich hintereinander, um sowohl eine gegenseitige Beeinflussung, als auch eventuelle gemeinsame Absprache bezüglich einzelner Fragenkomplexe auszuschließen. Im Anschluß an die Befragung wurde ihnen der Persönlichkeitsfragebogen gegeben, den sie zu Hause beantworten und zusammen mit fertigen Umschlägen anonym zurücksenden oder auf der Station im Krankenhaus hinterlegen konnten. Aus zeitlichen Gründen (die Durchführung der Personality-Research-Form dauert etwa 1 1/2 bis 2 Stunden) wurde auf das Ausfüllen der Antwortbogen im Anschluß an die Befragung verzichtet.

3.5.1. Auswertungsmethodik

Alle Äußerungen wurden in vollem Wortlaut auf Tonband aufgenommen, abgeschrieben und später schriftlich ausgewertet.

Die inhaltsanalytische Auswertung bestand sowohl in der Kategorisierung der wörtlichen Äußerungen zu den einzelnen Fragenkomplexen, als auch in der Einstufung nach positiver, negativer oder indifferenter Tönung der Aussagen, wo es möglich und angebracht erschien.

Die Interrater-Reliabilität bei der Zuordnung des Materials zu den Kategorien wurde dadurch überprüft, daß eine Stichprobe von Interviews von zwei Beurteilern unabhängig voneinander kategorisiert wurde.
Es ergab sich eine Übereinstimmung von rho .82, womit eine hinreichend reliable Zuordnung gewährleistet ist.

Jede Antwortkategorie wurde mit einer Zahl verkodet, ebenso die Antworten der Personality-Research-Form, die dem Fragebogen angeschlossenen demographischen Angaben der Angehörigen, als auch die Werte des semantischen Differentials.

Abschließend wurden die Krankengeschichten der Patienten durchgesehen, um nähere Angaben über die Diagnose, Dauer der Erkrankung, Häufigkeit stationärer Behandlungen usw. zu bekommen. Auch diese Daten wurden verschlüsselt. Das auf diese Weise aufbereitete Material wurde auf Data-Bögen und Lochkarten übertragen und verlocht.

Die Verrechnung der Daten erfolgte anhand eines Data-Text - Programms am Rechenzentrum der Universität Bonn. Als wesentliche Programmanweisungen kamen die Berechnung von Verteilungen (Mittelwert, Median, Standardabweichung, Häufigkeit, kumulative Häufigkeit) sowie die Berechnung von Korrelationen zur Anwendung.

Aufgrund des Nominalskalenniveaus der Daten konnten keine parametrischen Korrelationskoeffizienten berechnet werden, sondern es wurden Kontingenztafeln herangezogen.

3.5.2. Beschreibung des Patientenguts

Das Krankengut besteht aus 52 Patienten, von denen 8 an einer endogenen Depression und 44 an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis litten.

Bezüglich der Geschlechtsverteilung handelte es sich um 30 Männer und 22 Frauen. Zum Durchschnittsalter aller Patienten

zur Zeit der Untersuchung ergab sich ein Mittelwert von 43.5 Jahren. Das durchschnittliche Erstmanifestationsalter dagegen wies einen Mittelwert von 29.1 Jahren auf.

Tabelle 1: Altersverteilung der Patienten

Altersklassen	Fallzahl
bis 24 Jahre	21
25 - 29	9
30 - 34	3
35 - 39	7
40 - 44	-
45 - 49	3
50 - 54	2
55 - 59	5
60 - 64	-
65 - 69	2
70 Jahre und älter	-

Auffallend ist, daß der überwiegende Teil der Patienten erstmalig in einem Lebensabschnitt erkrankt ist, der für ihre berufliche und private Zukunft prägend ist.

21 Patienten waren zum Untersuchungszeitpunkt jünger als 24 Jahre. 9 Patienten waren im Alter von 25 bis 29 Jahren, einem Zeitabschnitt, in dem berufliche und persönliche Zielsetzungen von großer Wichtigkeit für den weiteren Lebensweg sind. So zeigte es sich, daß von den insgesamt 52 Patienten ledig-

lich 2 ein Hochschulstudium ergriffen hatten. 27 % hatten die Realschule besucht, 38,5 % konnten einen Volksschulabschluß nachweisen.
23 % der von uns zum Untersuchungszeitraum erfaßten Patienten waren arbeitslos.

Tabelle 2: Anzahl der stationären Behandlungen

Anzahl stat. Beh.	Fallzahl
1	18
2	14
3	7
4	2
5	3
6	3
7	2
8 und mehr	3
	52

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, lag bei knapp der Hälfte der Patienten eine Erst- bzw. Zweiterkrankung vor; bei 20 Patienten waren die Rezidive häufiger. Mit wiederholter stationärer Behandlung ist auch eine zunehmende durchschnittliche Aufenthaltsdauer festzustellen.

29 Patienten hatten sich freiwillig in stationäre Behandlung

begeben, 12 Patienten waren nach dem Psych KG eingeliefert worden, und in 11 Fällen geschah die Einlieferung sowohl auf eigene Veranlassung hin als auch durch das Psych KG. [1)]

Bei 20 Patienten konnte eine hereditäre Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen oder Suizid (-versuchen) in der näheren Verwandtschaft nachgewiesen werden.

43 Patienten (82,7 %) waren nach der stationären Behandlung wieder in den Familienkreis zurückgekehrt.
Nahezu alle Kranken waren bereits vor der Einweisung ins Krankenhaus mit Psychopharmaka behandelt worden.

5 Patienten hatten einen oder auch mehrere Suizidverusche unternommen.

Bezüglich des Familienstandes der Patienten ergab sich, daß 30 Patienten zum Untersuchungszeitpunkt ledig waren, 17 waren verheiratet und lebten mit dem Ehepartner zusammen, 3 Patienten waren verwitwet und nur 2 Patienten waren geschieden. In diesen beiden Fällen war aus der Krankengeschichte nicht ersichtlich, ob die Trennung aufgrund der Krankheit oder aus anderen Beweggründen heraus erfolgt war.

Die Tatsache, daß 30 Patienten zum Untersuchungszeitpunkt unverheiratet waren, ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß der überwiegende Teil unseres Patientengutes an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankte, und zwar in 25 Fällen erstmals vor dem 20. Lebensjahr, einem Alter, in dem eine dauerhafte Partnerwahl noch nicht stattgefunden hat.

---

1)"Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten vom 2. 12. 1969"
§ 17 Absatz 1: "In Fällen, die eine sofortige Unterbringung notwendig machen, kann die örtliche Ordnungsbehörde diese ohne eine vorherige gerichtliche Entscheidung vornehmen, wenn ein ärztliches Zeugnis über einen Befund vorliegt, der nicht älter als vom Vortage ist."

3.5.3. Beschreibung der Angehörigen-Stichprobe

Die endgültige Stichprobe bestand aus 52 Angehörigen endogen psychotischer Patienten. Ursprünglich war eine Größenordnung von 60 intendiert. Wir beschränkten uns jedoch auf die Fallzahl von 52, weil der zeitliche Aufwand der Erhebung sehr groß war. Die Angehörigen mußten zum Teil zu Hause aufgesucht und befragt werden, da sie einer Untersuchung am Landeskrankenhaus eher skeptisch und sogar ablehnend gegenüberstanden.

Für den angestrebten Aspektaufriß der Problematik und eine erste Tendenzanalyse erschien die Fallzahl von 52 hinreichend groß. Eine größere Stichprobe würde zwar mehr Sicherheit über die quantitative Verteilung der einzelnen Kategorien erbringen, jedoch stände sie in keinem Verhältnis zum Aufwand der Erhebung.
Zudem entspricht die Anzahl von 52 Befragten der Größenordnung vergleichbarer, bislang zu diesem Thema vorliegender Untersuchungen (siehe BAER, R. 1975, 60 Vpn., HÄBERL, P. 1975, 30 Vpn.).

Tabelle 3: Gliederung der Stichprobe nach Geschlechtszugehörigkeit

Angehörige	N
weiblich	29
männlich	23
Summe	52

Tabelle 4: Gliederung der Stichprobe nach Verwandschaftsgrad

Angehörige	N
Vater	10
Mutter	19
Ehemann	9
Ehefrau	7
Verlobter	2
Bruder	1
Tochter	2
Schwager/Schwägerin	2
Summe	52

Auffallend ist die relativ hohe Beteiligung der Mütter an der Befragung, sie zeigten sich aufgeschlossen, interessiert und kooperationsbereit. Für einige ergab sich durch das ausführliche Gespräch eine willkommene Gelegenheit, ihrem Herzen einmal Luft zu verschaffen. Zumal ihnen die Information gegeben wurde, daß alle Äußerungen streng vertraulich behandelt würden. Die Tatsache, daß wir nicht im Landeskrankenhaus arbeiteten , favorisierte ebenfalls ihre Offenheit.

Altersmäßig verteilte sich die Stichprobe folgendermaßen:

Tabelle 5: Gliederung der Stichprobe nach Alter

Altersgruppierung	N
20 bis 30 Jahre	6
31 - 40 Jahre	8
41 - 50 Jahre	11
51 - 60 Jahre	14
61 - 70 Jahre	10
71 und älter	0
keine Angaben	3
Summe	52

Bei 3 Angehörigen kann keine Altersangabe gemacht werden, da sie sich weigerten, den Persönlichkeitsfragebogen, der u.a. auch demographische Daten erfaßte, zu beantworten.

Einen Überblick über den Familienstand gibt folgende Tabelle:

Tabelle 6: Gliederung der Stichprobe nach dem Familienstand

Familienstand	N
ledig	3
verheiratet	44
verwitwet	4
geschieden	1
Summe	52

Tabelle 7: Gliederung der Stichprobe nach Schulabschluß

Schulabschluß	N
Volksschule	23
Realschule	5
Gymnasium	8
Fachschule	9
Fachhochschule	2
Hochschule	5
Summe	52

Die Zuordnung der Berufsgruppen zu den einzelnen sozialen Schichten erfolgt in Anlehnung an die Ergebnisse der Studien zur Prestigeabstufung von Berufspositionen nach BOLTE (1970, 156 - 161) und W. MÖLLER (1975, 38).

Tabelle 8: Gliederung der Stichprobe nach sozialer Schichtzugehörigkeit

soziale Schichtzugehörigkeit	N
obere Mittelschicht	11
mittlere Mittelschicht	17
untere Mittelschicht	10
obere Unterschicht	10
keine Zuordnung wegen fehlender Angabe	4
Summe	52

Tabelle 9: Gliederung der Stichprobe nach Einkommen

Einkommensgruppe	N
bis 400,-- DM monatlich	0
400,-- - 800,-- DM monatlich	0
800,-- - 1.200,-- DM monatlich	7
1.200,-- - 2.000,-- DM monatlich	22
mehr als 2.000,-- DM monatlich	20
keine Zuordnung wegen fehlender Angabe	3
Summe	52

Tabelle 10: Gliederung der Stichprobe nach Wohnortgröße

Einwohnerzahl	N
weniger als 2000	7
weniger als 100.000	24
mehr als 100.000	18
keine Zuordnung wegen fehlender Angabe	3
Summe	52

Tabelle 11: Anzahl der Kinder im Haushalt

Anzahl der Kinder im Haushalt	N
0	21
1	16
2	7
3	3
4	2
keine Zuordnung wegen fehlender Angabe	3
Summe	52

Tabelle 12: Gliederung der Stichprobe nach Wochnungsgröße

qm²	N
40 - 50	5
51 - 60	6
61 - 70	9
71 - 80	9
81 - 90	4
91 - 100	6
101 - 110	3
111 - 120	5
121 - 130	1
131 - 160	1
keine Zuordnung möglich wegen fehlender Angabe	3
Summe	52

3.6. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

3.6.1. Deskriptive Statistiken und deren Interpretation

Bevor die von uns formulierten Angaben in ihrem Wirkungsgefüge eingehend dargestellt und diskutiert werden, soll zunächst die Beantwortung der Fragenkomplexe des Untersuchungsleitfadens im einzelnen erörtert werden.

Der Explorationsleitfaden spricht zunächst einige Aspekte zur Ätiologie, Diagnose, Therapie und Prognose psychiatrischer Erkrankungen an, d.h. es soll in Erfahrung gebracht werden, was die Angehörigen über psychiatrische Erkrankungsformen, ihre Entstehungsbedingungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten wissen.
Auf die Frage, ob es heute im Vergleich zu früher eher mehr, eher weniger oder gleich viele Menschen gibt, die an einer psychischen Krankheit leiden, antworteten 77 % der Befragten, Krankheiten dieser Art seien heute häufiger verbreitet. Als hauptverursachend wurden Stress, ungesunde Lebensführung, seelische Belastung und Isolation vermutet. So äußerte ein Angehöriger bezüglich der Frage, worauf er die zunehmende Verbreitung psychischer Beeinträchtigung zurückführe: "Statt der materiellen Verelendung hat eine psychische Verelendung angefangen. Die Menschen entfernen sich immer mehr voneinander; die Entfremdung schreitet fort bis zum modernen Städtewesen. Man sagt dem Nachbarn vielleicht gerade noch guten Tag, hat aber sonst keinen Kontakt mehr zueinander. Hinzu kommt der immer stärker werdende Leistungsdruck von der Schulzeit bis hin zum Altersheim."

Eine weitere Äußerung lautete:
"Ich führ's auf unsere heutige Umwelt zurück. Heute werden diese inneren Werte, die ein Mensch braucht, immer weiter zurückgedrängt; sei es der Glaube oder andere Werte, die einem

innerlich Kraft geben. Viele junge Menschen haben keine Möglichkeit mehr, sich an irgendwelchen Vorbildern zu orientieren, und wenn der Zeitpunkt kommt, wo sie Kraft brauchen, dann ist da nur eine schreckliche innere Leere und daran zerbrechen sie. Die Ideale, die doch früher mehr Beachtung fanden, haben heute keine Geltung mehr. Unsere Welt ist zu materialistisch. Sinn und Zweck in unserer modernen Welt ist doch auf Geldverdienen und Beschaffung von Luxusgütern gerichtet. Es gab wahrscheinlich noch nie so viele Kinder und Jugendliche, die sich selbst so überlassen sind wie heute. Das fordert seinen Preis."

17 % der Angehörigen waren der Meinung, daß die Zahl der psychiatrischen Erkrankungen nicht zugenommen habe. Durch die Fortschritte der modernen medizinischen Forschung einerseits und zunehmende Aufklärung der Bevölkerung andererseits sowie Durchbrechen der Tabuisierung dieses Bereiches würden diese Krankheiten lediglich häufiger thematisiert. Exemplarisch für diese Meinung ist folgende Bemerkung:

"... gleich viele; nur wurde es früher nicht gleich erkannt. Darüber hinaus ist man meines Erachtens eher bereit, darüber zu sprechen und die Krankheit behandeln zu lassen, während sie doch früher mehr im Familienkreis unterging und man nicht darüber redete."

Zum Erscheinungsbild psychischer Erkrankungen wurden folgende Angaben gemacht, die der besseren Obersicht wegen tabellarisch dargestellt werden (Tabelle siehe nächste Seite).

Die Tatsache, daß die Erkrankungsformen "Schizophrenie" und "Depression" am häufigsten genannt wurden, ist wohl auf die eigene Betroffenheit im Familienkreis zurückzuführen. Gleichzeitig erstaunt es jedoch, daß die Frage nach der Krankheitsbezeichnung des kranken Familienmitglieds von immerhin 20 % mit "ich weiß nicht" beantwortet wurde und 10 % mit undifferenzierten Etikettierungen wie "Verfolgungswahn" (2 %)

Tabelle 13: Krankheitsbezeichnungen zum Begriff "Psychische Erkrankungen"

Krankheitsbezeichnung	N	%
Schizophrenie	16	31
Depression	15	29
Neurose	6	11.6
Hysterie	1	2
Epilepsie	2	4
Mongolismus	1	2
Phobie	2	4
Psychose	3	9.6
Idiotie	1	2

"Arteriosklerose" (4 %) und "Angst" (4 %) beantwortet wurden.

Es bleibt fraglich, ob diese Äußerungen auf dem Hintergrund einer Uninformiertheit zu sehen sind oder vielleicht als Manifestation einer Leugnungstendenz der tatsächlichen Krankheit anzusehen sind.

Die Beurteilung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken wird von dem überwiegenden Teil der Angehörigen (69 %) negativ getönt eingeschätzt.

"... es wird doch sehr schnell attestiert: der ist verrückt und damit wollen wir nichts zu tun haben. Und aus dieser mangelnden Informiertheit heraus wird die Krankheit nicht als Krankheit anerkannt, sondern aus der Tatsache zu erklären versucht, daß man einen schwachen Charakter und mangelnden Willen hat, und daß man mit ein wenig gutem Willen sich mehr zusammennehmen könnte. Es ist schon besser, ein gebrochenes Bein zu haben, und wenn es auch noch so langsam heilt, als psychisch krank zu sein."

"... Gesunde möchten mit diesem Kranken nichts zu tun haben. Man schämt sich und es ist einem peinlich, einen psychisch kranken Menschen im eigenen Familienkreis zu haben."

13.4 % der Angehörigen vermuteten hingegen eine eher ambivalente Attitüde der öffentlichen Meinung in Bezug auf psychisch Kranke. Zum einen nahm man an, die Einstellungsart sei vom Bildungs- und Informationsniveau abhängig: "Man müßte da nach dem Kenntnisstand unterscheiden. Wenn man die unteren Bevölkerungsschichten befragt, ist dort die Abwehrhaltung stärker als bei gebildeten Leuten, von denen man annehmen kann, daß sie schneller erkennen, wenn eine Krankheit vorliegt, die behandlungsbedürftig ist, während bei anderen das Phänomen des "Aussätzigseins" doch noch sehr stark ist."

Lediglich 7.6 % der Angehörigen vermuteten eine eher positive Einstellung der Bevölkerung in dem Sinne, daß psychische Erkrankungen wie jede andere organische Krankheit aufgefaßt werden.

Bezüglich der Heilungsaussichten zeichnete sich eine recht pessimistische Auffassung ab. So waren 9.6 % der Meinung, psychische Krankheiten seien gar nicht zu heilen; 20 % äußerten, daß sie selten zu heilen seien und 19 % gaben an, daß unter bestimmten Bedingungen eine günstige Prognose möglich erscheint. Immer wieder wurden Klagen über die derzeitige Situation der Psychiatrie geäußert.

"... selten, würde ich sagen. Zum einen würde ich das auf die Psychiatrie, so wie sie in der BRD existiert zurückführen, die mehr oder weniger durch das "Drehtürprinzip" charakterisiert ist. Da wird an den Symptomen herumgedoktert, sei es mit Medikamenten oder sogar Elektroschock. Damit sollen die Patienten soweit sediert werden, daß sie für den Arbeitsprozeß fit sind. Und sobald sie wieder dem Arbeitsprozeß eingegliedert werden, werden sie wieder mit den alten Problemen und Schwierigkeiten konfrontiert, so daß sie nach einem halben bis einem Jahr wieder im Krankenhaus landen ..."

29 % sahen einer Heilungschance hoffnungsvoll entgegen. Einerseits setze man hohe Erwartungen und Ansprüche an moderne medizinische Behandlungsmethoden, andererseits war die Hoffnung auf Heilung für einige Angehörige der Motor, der sie zum Durchhalten antrieb. So die Bemerkung einer Mutter eines an Schizophrenie erkrankten jungen Mannes: "... ich glaube, sie lassen sich häufiger heilen. Ohne diese Hoffnung oder einer positiven inneren Einstellung im Sinne 'es wird schon wieder gut' kann man die Dinge nicht durchstehen."

25 % äußerten sich eher vorsichtig und skeptisch in Bezug auf Heilungsmöglichkeiten und 19.2 % sahen die Prognose psychiatrischer Erkrankungen als ausgesprochen ungünstig an. Hier handelte es sich vorwiegend um Angehörige chronisch kranker Patienten, die durch wiederholte stationäre Behandlungen und mehrfacher Krankheitsausbrüche den Mut verloren und resigniert hatten. So äußerte sich der Ehemann einer an Schizophrenie erkrankten Patientin: "Bei den ersten Einlieferungen in die Krankenhäuser hatte ich noch die Hoffnung, daß die Krankheit einmal zum Stillstand kommen würde, aber durch das Urteil der Ärzte ist mir diese Hoffnung praktisch genommen worden."

Zur Fragestellung potentieller Auslöser bzw. hypothetischer Ursachen psychischer Erkrankungen wurde den Angehörigen eine Merkmalsliste vorgelegt. Zu jedem Aspekt sollten sie ihre Mei-

nung bezüglich der Auftretenswahrscheinlichkeit jedes einzelnen Merkmals wiedergeben.

Tabelle 14 gibt einen Überblick über die Verteilung der einzelnen Aspekte:

Tabelle 14: Mögliche Krankheitsursachen und deren vermutete Auftretenswahrscheinlichkeit

Mögliche Krankheitsursachen	s.h.	h.	s.	g.n.	w.n. *
nervliche und berufliche Überlastung	24	17	7	3	1
Vererbung	4	13	28	3	4
Stoffwechselstörungen	1	21	19	3	8
unglückliche Familienverhältnisse	20	23	4	5	-
Klimakterium	5	20	26	1	-
beeinträchtigende Erlebnisse	5	29	16	2	-
Willensschwäche	-	15	19	18	-
Hirnverletzung	1	35	16	-	-
ausschweifendes Leben	-	18	15	18	-

* s.h. = sehr häufig; h. = häufig; s. = selten;
g.n. = gar nicht; w.n. = weiß nicht

Bezüglich der potentiellen Krankheitsursachen beim eigenen Angehörigen zeigte sich folgende Verteilung:

Tabelle 15: Potentielle Krankheitsursachen beim Angehörigen

Potentielle Krankheitsursachen	N	%
unglückliche Familienverhältnisse	11	22
nervliche und berufliche Oberlastung	10	20
Vererbung	9	18
organische Ursachen	5	10
tiefgreifende Erlebnisse	4	8
Willensschwäche	4	8
ausschweifende Lebensführung	1	2
differenzierte Beantwortung *	6	12
keine Beantwortung	2	4

* Eine differenzierte Betrachtungsweise der Krankheitsverursachung wurde von 6 Angehörigen vertreten. In allen 6 Fällen handelte es sich um Angehörige chronisch schizophrener Patienten. Durch Fachliteratur und zahlreiche Gespräche mit behandelnden Ärzten hatten sie sich einen relativ breiten Informationshintergrund erarbeitet. Allen Äußerungen war gemeinsam, daß sie eine organische oder andere mögliche Ursache als krankheitsverursachend ablehnten. So die Äußerung einer Befragten: "Bei meinem Sohn handelt es sich um eine sogenannte endogene Psychose, diese Krankheit kommt von innen heraus.

Eine endgültige Ursache für ihr Erscheinungsbild weiß man noch nicht anzugeben. Es können zwar mit dem Krankheitsausbruch bestimmte äußere Ereignisse einhergehen, die aber letztlich höchstens krankheitsauslösend und nicht krankheitsverursachend sind."

Der Aspekt der aktuellen therapeutischen Versorgung, d.h. die Frage nach der stationären Behandlung, der medikamentösen sowie psychotherapeutischen Versorgung löste bei einigen Angehörigen heftige emotionale Reaktionen aus.

19 % beurteilten die Behandlung ihrer kranken Familienmitglieder als ausgesprochen negativ und weitere 15 % standen ihr sehr ambivalent gegenüber. Am häufigsten wurde eine unzureichende individuelle Betreuung beklagt. Etliche nahmen Anstoß an der Art der Unterbringung der Patienten. Sie wünschten sich eine wärmere Atmosphäre, eine freundlichere Einrichtung und beklagten, daß die Patienten nicht genügend Bewegungsraum hätten. Zu viele Kranke unterschiedlicher Diagnose und verschiedener Krankheitsschwere seien auf kleinem Raum zusammen untergebracht. Zudem wurde bemängelt, daß die Patienten allzu sehr und allzu häufig sich selbst überlassen wären. Rein quantitativ könne das Pflegepersonal den vielfältigen Anforderungen nicht gerecht werden. Für den einzelnen Patienten und seiner individuellen Problematik bliebe kaum Zeit; eine einmalige Visite am Tag sei unzureichend für das Verständnis des Einzelnen. Auch war man der Meinung, daß zu viel medikamentös therapiert werde und eine psychotherapeutische Betreuung zu kurz komme. In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls eine unzureichende Nachsorge angesprochen. Die Patienten würden nicht hinlänglich auf das "Leben außerhalb der Klinikmauern" vorbereitet. Auch für sich selbst wünschten sie eine eingehende Beratung, die den Umgang mit dem Patienten in vieler Hinsicht erleichtern würde.

Ein weiterer Teil der Angehörigen äußerte sich positiv über die Qualität der stationären Behandlung, bzw. die Art der

Beantwortung dieses Fragenkomplexes ließ erkennen, daß sie die Verantwortung für das Wohlergehen und die Genesung des Patienten ganz in die Hände der psychiatrischen Institution gelegt hatten. Stellvertretend für diese Auffassung ist folgende Äußerung: "Als Laie kann ich das nicht beurteilen. Man muß sich auf das, was die Ärzte hier machen, verlassen. Deswegen haben wir ihn ja schließlich hierher gebracht."

Die Einstellung gegenüber der medikamentösen Therapie war uneinheitlich. 29 % lehnten sie vollkommen ab; 27 % befürworteten sie und 44 % hatten eine eher zwiespältige Meinung zu diesem Thema. Eine eher positive Einstellung zur medikamentösen Therapie wurde gestützt durch die Argumente des raschen Abbaus der akuten Symptomatik, z.B. stark ausgeprägter Angstzustände und motorischer Unruhe, Aggressivität und akute Wahnvorstellungen, die auf eine andere Weise nicht so rasch beeinflußbar sind.

Die Ablehnung eines medikamentösen Behandlungsvorgehens hatte in den meisten Fällen die vielfältigen Nebenwirkungen zur Ursache. So äußerten die Befragten die Befürchtung, durch die ständige Medikamenteneinnahme könnten hirnorganische Veränderungen evoziert werden oder persönlichkeitsverändernde Prozesse ausgelöst werden. Häufig wurde auch beobachtet, wie die Patienten in ihrem Handlungs- und Denkablauf verlangsamten; ebenso seien Konzentration und Ausdauer erheblich beeinträchtigt.

Die Angehörigen, die eine eher ambivalente Einstellung bezüglich medikamentöser Therapie hatten, sahen in ihr einerseits das bislang wirkungsvollste Mittel, die akute Symptomatik positiv zu beeinflussen, äußerten jedoch gleichzeitig Bedenken, sobald sie über einen längeren Zeitraum ohne begleitende psychotherapeutische Maßnahmen eingesetzt wurde.

"Meine Meinung ist, daß man durchaus versuchen sollte, die Krankheit im Anfangsstadium, wo die Störungen am massivsten sind, medikamentös vorzugehen; aber sobald das Schlimmste über-

wunden ist, sollte man gleich mit Psychotherapie,ob in Gruppen oder einzeln,anfangen.

Ein weiterer Fragenkomplex versuchte die Einstellung zur Wiederaufnahme psychisch Kranker in die Familie zu erfassen, bzw. alternativ dazu die poststationäre Aufnahme und Betreuung in einem Wohnheim.
13.5 % sprachen sich prinzipiell gegen eine Wiederaufnahme des Patienten in den Familienkreis aus; für 37 % war die Reintegration eine Selbstverständlichkeit im Sinne einer moralischen Verpflichtung und ca. 50 % äußerten sich zu diesem Thema problembewußt und differenziert. Immer wurde die Notwendigkeit eines verständnisvollen, wohlwollenden "Empfangsraumes" betont. In den Fällen jedoch, in denen der Patient als das schwächste Glied der Familienkette die Flucht in die Krankheit als letzten Ausweg aus einer gestörten familiären Infrastruktur gesucht hatte, wurde von seiner Wiederaufnahme gänzlich abgeraten.
"Es kommt auf die Familie an. Wenn die Familie mit als Krankheitsherd gelten kann und keine Familientherapie eingesetzt werden kann, weil die Angehörigen nicht bereit dazu oder zu alt sind, dann halte ich es für völlig falsch, den Betreffenden nach Hause zu holen ..."

Die poststationäre Aufnahme des Patienten in ein Wohnheim wurde lediglich von 7 % als eine Alternative zur Reintegration in die Familie angesehen. Für 31 % war es nur eine Notlösung für den Fall, daß keine Angehörigen zur Betreuung zur Verfügung stehen, oder aber als Durchgangsstadium mit dem Fernziel der Wiedereingliederung.

52 % sahen in der Wohnheimbetreuung keine Alternative. Die ohnehin schon bestehende Außenseiterposition der Patienten werde durch diese Wohnsituation nur noch verstärkt. Außerdem bestehe die Gefahr einer Oberforderung des Patienten, nach der stationären Behandlung ohne besondere Vorbereitung oder Anleitung sein Leben wieder eigenverantwortlich in die Hand zu nehmen.

Einige Angehörige meinten, die Unterbringung in einem Heim sei wohl die bequemste Lösung für die Familie, so habe man das Problem einfach umgangen.

"Ich bin grundsätzlich gegen die Ausquartierung bestimmter Gruppen unserer Gesellschaft, ob es sich dabei um alte Leute handelt oder um wie auch immer kranke Menschen. Das sind doch ganz extreme Wohnsituationen, die der menschlichen Gesellschaft nicht entsprechen. Die Isolierung ist ohnehin schon groß und eigentlich kaum noch aufzuheben, sobald ein psychisch Kranker in ein Ghetto gebracht wird."

Die berufliche Wiedereingliederung wurde von nahezu allen Angehörigen problematisiert. 70 % hoben die ohnehin schon schwierige Arbeitsmarktlage hervor, die eine Zurückweisung von Problemfällen impliziert.
"Das sieht schlecht aus; die Vorurteile sind massiv. Wir leben in einer Leistungsgesellschaft und man glaubt nicht an die Produktivität eines psychisch kranken Menschen. Das führt eben dazu, daß diese Menschen erst gar nicht ihren Fähigkeiten entsprechend eingestellt und beschäftigt werden."

Als potentielle Ansatzpunkte zur Oberwindung der komplexen Problematik nannten die Angehörigen nachfolgende Aspekte, die in Tabelle 16 zusammengefaßt wurden (Tabelle 16 siehe nächste Seite).

Ein weiterer Abschnitt des Explorationsleitfadens beleuchtete die Position des Patienten innerhalb des familiären Beziehungsgefüges vor der Erkrankung, die persönliche Einstellung der Angehörigen zu ihm, sowie das Ausmaß gemeinsamer Interessen und Hobbies.

25.5 % erlebten den Patienten als voll in den Familienkreis integriert; 22 % gaben an, daß die Interaktion unauffällig

Tabelle 16: Aspekte zur Überwindung der beruflichen Rehabilitationsproblematik

Aspekte	%
breitgefächerte Aufklärung der Bevölkerung und Abbau bestehender Vorurteile bei Arbeitgebern und Kollegen	69.2
Vermeidung von Überforderung des Patienten, daher behutsame Wiedereingliederung	42.3
Umschulungsmaßnahmen	25.0
intensive Kooperation zwischen Klinik, Arbeitsamt und anderen Institutionen	15.4
Vorbereitung und Motivierung des Patienten bezüglich des neuen Arbeitsplatzes	23.1
finanzielle Unterstützung der Angehörigen	4.0

und unproblematisch verlaufen sei.

48 % der Angehörigen äußerten, daß die Beziehung des Patienten zu ihnen und auch den übrigen Familienmitgliedern schon lange vor Ausbruch der Krankheit gespannt gewesen sei. Die Patienten wurden als charakterlich kompliziert oder unumgänglich

geschildert; ein Zusammenleben mit ihnen sei schon immer recht problematisch gewesen.

"Sie galt schon von Geburt an als das sensible, empfindsame, schwierige Kind ..."

"Er stand schon immer etwas abseits! Schon während der Schulzeit konnte er sich nicht so recht in die Gruppe einfügen und sich nicht so ungezwungen bewegen wie die anderen Kinder."

"Sie war schon immer sehr kontaktarm und mißtrauisch allen möglichen Leuten gegenüber. Obwohl sie durchaus auch fröhlich und offen sein konnte, bestand eigentlich schon immer diese Abkapselungstendenz bei ihr."

Die eigene Einstellung zum Patienten wurde überwiegend als positiv und liebevoll zugewandt (40 %) bzw. neutral und unauffällig (23 %) nachempfunden; nur 12 % erlebten das Verhältnis zu ihm schon von je her als gespannt und problematisch. "Bestimmte Symptome hat es eigentlich immer gegeben; diese mangelnde Kontinuität in seinem Leben; keine Ausgeglichenheit. Da gab es immer nur Tiefs und Hochs; das hat mich auch sehr fertig gemacht. Das war ja anfangs noch ganz interessant und das Dumme war, daß ich das auch noch mit unterstützt habe ..."

Nur wenige Angehörige konnten sich an den genauen Zeitpunkt des Krankheitsbeginns erinnern. Die Veränderung im Verhalten und der Gesamtpersönlichkeit wurde von ihnen als schleichend und anfangs kaum wahrnehmbar charakterisiert.

Als Anzeichen, die von den Angehörigen als anormal bzw. nicht mehr verstehbar und nachvollziehbar empfunden wurden, wurden bestimmte Verhaltensweisen und auch zuweilen sie begleitende emotionale Zuständlichkeiten beschrieben.

Die Tatsache, daß ein Familienmitglied an einem psychischen

Leiden erkrankt war, wurde von den Angehörigen unterschiedlich aufgenommen. Gemeinsam war fast allen Betroffenen eine tiefgreifende Rat- und Hilflosigkeit und Bestürzung über die zunehmende Veränderung des Partners bzw. des Sohnes oder der Tochter: "ein Prozeß, den man selbst nicht aufhalten und nicht beeinflussen kann ..."
14 Angehörige äußerten, die Angst gegenüber dem kranken Familienmitglied sei für sie am Schlimmsten gewesen. "Vor allem habe ich mich vor ihm gefürchtet, vor dem, was er tun oder auch sagen würde."
"Diese Abkapselung und das Freche und Aufsässige wurden immer schlimmer. Manchmal habe ich mich regelrecht vor ihm gefürchtet."

Ein weiterer Teil beschrieb eher ein Gefühl der Verärgerung und der zunehmenden Wut über den Patienten und seinen zuweilen als exklusiv und egoistisch empfundenen Verhaltensweisen.

Für 3 Angehörige brachte der Krankheitsausbruch eine Erleichterung der zuvor als unklar und belastend erlebten Interaktion mit dem Patienten. "Über sein Verhalten und die Art, wie er mir gegenüber war, war ich sehr traurig. Als es dann zu diesem Ausbruch kam, war ich irgendwie erleichtert. Jetzt gab es wenigstens Anhaltspunkte und man konnte etwas unternehmen ..."

Auch in ihren Reaktionsweisen auf das Krankheitsgeschehen des Patienten zeigten die Angehörigen unterschiedliche Verhaltensmuster.

Die Mehrzahl berichtete, daß sie die ersten Anzeichen der Krankheit als eine vorübergehende Verstimmung interpretiert und somit die Symptomatik zunächst bagatellisiert hätten. Andere erwähnten in diesem Zusammenhang, daß sie versucht hätten, zunächst abzuwarten und den Patienten zu beobachten, oder ihn auf andere Gedanken zu bringen versucht hätten.

33 % der Angehörigen schilderten, daß sie die veränderten Verhaltens- und Erlebensweisen nicht auf dem Hintergrund einer psychischen Krankheit interpretiert hätten. Man habe zwar bemerkt, daß im Patienten eine Veränderung vorgegangen sei, habe diese Veränderung aber nicht in einen kausalen Zusammenhang mit einer ernsten psychischen Beeinträchtigung gebracht.

Weitere 22 % sagten, daß sie die Krankheit nicht hätten wahrhaben wollen und immer neue Erklärungen für bizarre Verhaltensmuster oder eigentümliche Verbalisierungen herangezogen hätten.
"... ich hab schon was bemerkt, aber eigentlich wollte ich es nicht wahrhaben, weil mir die Tatsache einer ernsten Erkrankung unwahrscheinlich an die Nieren gegangen wäre ..."

Die Hälfte der Befragten berichtete , daß sie auf die veränderten Erlebens- und Verhaltensweisen mit positiver verbaler und emotionaler Zuwendung zu reagieren versucht hätten. Jedoch räumten etliche ein, daß ihr anfänglich verständnisvolles Verhalten in Aggressivität und Sarkasmus umgeschlagen sei. Man habe sich einfach nicht mehr zu helfen gewußt und schließlich zu harten Sanktionen gegriffen. "Sie hat mich manchmal zur Weißglut gebracht. Vor allem, wenn sie aggressiv mir gegenüber wurde, was ich vorher gar nicht an ihr kannte. Ich hab' sie dann zusammengestaucht und ab und zu ist mir auch die Hand losgegangen ..."

"... ich hab ja nicht im entferntesten geahnt, daß es sich um eine Krankheit handelt. Manchmal war ich am Ende und hab' nicht mehr gewußt, wie ich mit ihr umgehen soll. Immer wieder habe ich versucht, ein Gespräch mit ihr anzufangen, aber dann sind mir doch die Nerven durchgegangen und ich hab' sie angeschrien ..."

"Das war sehr wechselhaft. Die meiste Zeit habe ich versucht, beschwichtigend auf sie einzureden, dann wieder mal bin ich laut und grob geworden, weil ihre Vorwürfe manchmal so unge-

heuerlich waren, daß mir der Kragen geplatzt ist ..."

Ein Ehemann berichtete, daß er anfänglich die Ursache für das veränderte Wesen seiner Frau bei sich selbst gesucht habe. "... ich habe zunächst nach eigenen Fehlern gesucht, die ich in unserer Ehe gemacht haben könnte. Ich habe mich gefragt, ob ich mich nicht genügend um sie gekümmert habe. Damals bin ich selbst zu einem Psychiater gegangen, um mich beraten zu lassen ..."

In drei Fällen war es sogar zur Entmündigung des Patienten auf Wunsch der Angehörigen gekommen.

Retrospektiv wurden die Reaktionsweisen auf das veränderte kranke Familienmitglied von 40 % als zwar nicht der Situation adäquat, jedoch exkulpierend dargestellt. Man habe ja in Unwissenheit gehandelt und dem Patienten zuweilen Böswilligkeit attribuiert.
25 % schätzten ihr Verhalten als angemessen ein.
29 % gaben zu, daß ihre Reaktionsweisen für den Patienten eher schädlich als hilfreich waren. "... ich hätte den Jungen sehr viel mehr in den Arm nehmen müssen, ihm auf eine stille Art zeigen, daß ich zu ihm halte und ihn nicht im Stich lasse. Diese ganze Rederei hat ihm überhaupt nicht geholfen. Als ich ihn zum ersten Mal in den Arm nahm, wurde eine ganz andere Seite seines Wesens angesprochen. Damit hatte er wohl bei seinem Vater nie gerechnet. Schon öfter hatte er mir gesagt, ich sei zu streng und unmenschlich. Wenn man das im voraus gewußt hätte, wie er sich entwickeln würde, hätte man sich ganz anders verhalten. Aber meine Frau und ich wußten doch nicht, daß es sich um eine ernste psychische Krankheit handelt und man redet sich tot. Aufgrund der Erfahrung, die ich gemacht habe, würde ich ihn sehr viel mehr in den Arm nehmen ..."

"Ich weiß jetzt aus eigener Erfahrung, daß Wärme und Zärtlichkeit ihr sehr viel bedeuten und geben können. Wenn ich

damals in der Lage gewesen wäre, mich selbst anders zu sehen und auch verhalten zu können, hätte ich ihr sehr viel mehr helfen können ..."

"Ich würde mich heute anders verhalten. Ich würde nicht mehr so herumschreien und genau so nervös sein wie er. Ich war ihm gegenüber viel zu aggressiv. Heute würde ich versuchen, in Ruhe mit ihm zu reden und durch das ruhige Zureden würde ich ihn vielleicht eher zu einem Arzt bringen können. Aber am Anfang hat man von solchen Dingen ja keine Ahnung gehabt. Ich hab' doch nicht gewußt, daß der Mann krank ist. Wenn er brüllte, habe ich zurückgebrüllt ..."

40 % der Angehörigen gaben an, daß sie - erneut mit einer solchen Situation konfrontiert - gleich einen Arzt zu Rate ziehen bzw. den Patienten gleich in eine Klinik bringen würden. 2 % würden ihm zunächst lediglich mehr Medikamente verabreichen. 10 % sahen es als sehr wichtig an, in einer solchen Situation die Nerven zu bewahren. 8 % würden eine andere Klinik für den stationären Aufenthalt wählen.

20 % beurteilten ihr Verhalten als angemessen und würden es im erneuten Krankheitsfall nicht korrigieren. "... ich würde meine Frau immer wieder unterstützen, wo ich nur kann. Ich mache ihr immer wieder Mut, wenn sie mal niedergeschlagen ist. Ich merke ja auch, daß sie durch meine Kraft immer wieder auf die Füße kommt. Wenn der eigene Mann seine Frau im Stich läßt, dann können die Ärzte auch nicht mehr viel ausrichten ..."

"Ich könnte nichts anders machen als bisher. Man kann ihn ja nur trösten und ihm immer wieder Mut machen und sagen: "wenn dein Leben nicht so verläuft, wie wir das erwartet haben und wie du es dir gewünscht hast, so gibt es doch auch immer wieder Tage und Stunden, über die man froh ist."

"... wir haben uns geprüft und ich kann nicht finden, daß wir irgendwelche Fehler, Unterlassungssünden und dergleichen be-

gangen haben und auch nach dem Krankheitsausbruch mehr als das Maß an elterlicher Fürsorge und Unterstützung aufgebracht haben..."

Zwei Angehörige entschuldigten ihr vorwurfvolles Verhalten zu Beginn der Erkrankung und gaben an, daß sie im erneuten Krankheitsfall, sich zunächst einmal "selbst prüfen" würden und ihr eigenes Verhalten "kritisch unter die Lupe nehmen würden".

"Vor der Krankheit habe ich eigentlich nie viel mit ihr geredet. Ich hab' sie nicht mal gelobt, wenn das Essen gut geschmeckt hat oder die Hemden immer sauber und gebügelt waren. Heute glaube ich, daß von meiner Seite zu wenig Anerkennung da war ..."

4 % der Angehörigen favorisierten retrospektiv mehr Härte und Konsequenz und weniger Nachgiebigkeit. Eine Ehefrau gab bereitwillig zu, daß sie - erneut mit einer solchen Situation konfrontiert - nicht zögern würde, ihren Mann zu verlassen. "... ich würde das nicht mehr so lange untätig mit ansehen. Ich würde mein Kind nehmen und gehen. Aber damals hatte ich ja auch keinen Beruf und hätte nicht gewußt wohin. Heute denke ich, daß es auch so gegangen wäre, wenn ich mit meinem Kind fortgegangen wäre ..."

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Oberblick über diejenigen Begleitsymptome der Krankheit, die für die Angehörigen als am meisten unerträglich und beängstigend empfunden wurden.

(Tabelle siehe bitte nächste Seite)

Tabelle 17: Aspekte der Krankheit, die als besonders belastend empfunden w rden

Aspekte der Krankheit	%
Selbstmordversuch	9.62
Aggressivität	17.31
Unberechenbarkeit	28.85
Unzugänglichkeit	21.15
Teilnahmslosigkeit	21.15
eigene Ratlosigkeit	42.31
Auswirkung auf andere Familienmitglieder	21.15
Existenzsorgen	3.85
veränderte Persönlichkeit	65.38
Umstände der Einweisung	11.54

Die Wesensveränderung des Patienten wurde von der Mehrzahl der Angehörigen als verunsichernd und beängstigend erlebt. Gepaart war diese Veränderung des Patienten mit einer zunehmenden Unberechenbarkeit im Verhalten und der eigenen Rat- und Hilflosigkeit.

"Diese absolute Verschlossenheit, man kann auch sagen diese Trägheit, dieses Herabsinken auf eine Stufe, die ich für un-

vorstellbar gehalten habe. Das war schon ein nahezu tierisches Dasein. Sie schleppte sich alte Matratzen in den Keller und bereitete ihr Essen am Boden zu. Das war so deprimierend, das hat mir tatsächlich einen Schock gegeben ..."

"Die Tatsache, daß ich das ganze Leiden des Jungen mit ansehen mußte und ich ihm nicht helfen konnte. Diese unerhörte Rat- und Hilflosigkeit ..."

Besonders in den Fällen eines erstmaligen Krankheitsausbruches wurde die (Zwangs-) Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus als nahezu traumatisches Ereignis erinnert. "... das ist ja schlimmer, als wenn Schlachtvieh verladen wird. Das dürfte es nicht geben, daß kranke Menschen so behandelt werden ..."

"Bei der Einweisung kam ich mir so schäbig dem Jungen gegenüber vor, zumal er mir kurz vorher gesagt hatte: ich glaube, es braucht jetzt viel Liebe von dir, mir zu helfen ..."

Tabelle 18 gibt eine Zusammenfassung der Erfahrungen wieder, die die Angehörigen mit dem Patienten an den Wochenenden gesammelt haben:

Tabelle 18: Erfahrungen mit Wochenendbesuchen des Patienten

Auflistung der Erfahrungen mit Wochenendbesuchen	%
unauffällig, so als ob nichts gewesen wäre	7.69
positiv	15.38
schwierig, aber unter bestimmten Bedingungen erträglich	26.92
eher negativ, unangenehm	13.46
unerträglich	9.62
(noch) keine Erfahrungen	26.92

Die Mehrzahl der Angehörigen berichtete von eher unangenehmen und für sie als belastend empfundenen Wochenendbesuchen der Patienten, sei es daß durch unzureichende Medikation die Krankheitssymptomatik erneut aufflackerte oder aber der Patient durch die Behandlungsmittel in seinem Verhaltens- und Erlebensradius erheblich beeinträchtigt und verlangsamt war und somit am familiären Leben nicht oder nur sehr wenig partizipieren konnte.
Dennoch sprachen sich die meisten Angehörigen für die Einrichtung von Wochenendbesuchen aus. Der Kontakt zur Familie, zu Freunden und Bekannten dürfe nicht abreißen. Die allmähliche Wiedereingliederung des Patienten in den Familienkreis werde durch Heimbesuche erleichtert. Außerdem wird ihm dadurch die Möglichkeit gegeben, für die weitere stationäre Behandlung neue Kraft zu schöpfen.
Argumente gegen Wochenendbesuche thematisierten vor allem eine mögliche Überforderung, einmal des Patienten selbst, zum anderen aber auch der gesamten Familie.

15 % der Befragten stimmten den Wochenendbesuchen als therapeutische Maßnahme im weiteren Sinne nur unter bestimmten Bedingungen zu.
"... prinzipiell ist das sehr schön und wichtig, wenn sich der Patient mit seiner Familie versteht, aber wenn sich die Familie ablehnend verhält und den Kranken als Störfaktor oder Fremdkörper ansieht, dann kann man diese Möglichkeit nicht therapeutisch einsetzen.

Die Einstellung der übrigen Familienmitglieder zu den Wochenendbesuchen wurde von den meisten Angehörigen als verständnisvoll und unterstützend eingeschätzt. 19.5 % charakterisierten sie als eher skeptisch. Das alte Vertrauen sei noch nicht wiederhergestellt und das kranke Familienmitglied würde nun mit anderen Augen angesehen.

In diesem Zusammenhang wurde auch die allgemeine Unsicherheit im Hinblick auf die generelle Beurteilung des Patienten trans-

parent. Die Angehörigen wurden befragt, was sie augenblicklich beim kranken Familienmitglied als störend erleben bzw. worüber sie sich am meisten freuen.

Tabelle 19: Störende Aspekte beim Patienten

Merkmale, die beim Patienten als störend erlebt werden	%
Vernachlässigung der äußeren Erscheinung	15.38
best. Verhaltens- und Erlebensaspekte als Folge der Medikation	21.15
best. Verhaltens- und Erlebensaspekte als Restsymptome der Erkrankung	67.31
keinerlei störende Merkmale	11.54

In den Fällen, in denen Angehörige die als störend erlebten Veränderungen des Patienten auf die Medikation zurückgeführt hatten, hatten einige ohne vorherige Absprache mit dem behandelnden Arzt die vorgeschriebene Dosis reduziert.

"Er hat einen so komischen Gang und ist so fürchterlich tranig und zu nichts zu bewegen. Da ich weiß, daß das von den Medikamten kommt, haben wir ihm am Wochenende mal weniger gegeben ..."

Die Mehrzahl der Angehörigen jedoch führt die als störend erlebten Verhaltens- und Erlebensweisen des Patienten auf die noch nicht vollständig abgeklungene Erkrankung zurück. Am häufigsten werden hier Interessenlosigkeit, Apathie oder auch Ruhelosigkeit, Verwirrtheitszustände und Zustände der Verspannung und der Abkapselung beklagt.

"Mich stört, daß er so träge ist. Er sagt ja, daß sei durch die Medikamente bedingt, die ihn sehr müde machen würden. Aber ich beobachte ja auch andere Kranke hier und die sind nicht so träge wie er. Er muß unbedingt fleißiger werden und sich mit irgendetwas beschäftigen, sonst verblödet man ja, wenn man dauernd nur im Bett liegt und vor sich hin grübelt ..."

Auf die Frage, welche Veränderungen am Patienten die größte Freude auslösen, wurden folgende Angaben gemacht:

Tabelle 20: Positive Aspekte beim Patienten

Positive Aspekte beim Patienten	%
vollständige Genesung	11.54
zunehmendes (Umwelt-)Interesse und Aktivität	44.23
bessere Beziehung und Kommunikationsmöglichkeit	46.15
Abklingen der Aggressivität	11.54
keine Freude, weil keine Besserung	15.38

Für nahezu die Hälfte der Angehörigen stand die verbesserte Beziehung zum Patienten im Vordergrund. Die Tatsache, daß das Gespräch, wenn auch manchmal nur über alltägliche Dinge wieder möglich wurde, wurde als große Erleichterung erlebt.

"Daß ich wieder mit ihr über belanglose Dinge reden kann. Daß ich mich einfach mal hinsetzen kann oder mit ihr spazieren gehen kann und mich nicht mehr nur über sie selbst unterhalten muß. Ich war ja ständig in der Rolle des Beichtvaters und des Ratgebers. Jetzt kann ich einfach mit ihr plaudern und das finde ich eigentlich am schönsten. Und mich freut auch zu sehen, daß ihr das ziemlich viel gibt ..."

Ein breiter Abschnitt des Explorationsleitfadens befaßt sich mit der Wiederaufnahme des Patienten in den Familienkreis nach der stationären Behandlung und den potentiellen Problemen und Schwierigkeiten, mit denen sich die Familie möglicherweise konfrontiert sieht.

Tabelle 21 gibt einen Überblick über die heterogenen Reaktionsweisen der Angehörigen bezüglich einer baldigen Entlassung nach Hause (Tabelle siehe bitte nächste Seite).

Besonders in den Fällen einer Erstmanifestation der Erkrankung sah man der bevorstehenden Entlassung des Patienten mit freundiger Erwartung entgegen. Schon wiederholt hatte man deswegen Rücksprache mit den behandelnden Ärzten gehalten und alle nötigen Vorbereitungen getroffen.

11 % der Befragten zeigten sich eher skeptisch und äußerten sich recht zurückhaltend. Die zum Teil erschreckenden und beängstigenden Erfahrungen, die man im Umgang mit dem Patienten zu Hause erlebt hatte, waren noch lange nicht in Vergessenheit geraten und man fühlte sich selbst noch unsicher im Hinblick auf ein weiteres Zusammenleben mit ihm.

Tabelle 21: Reaktionsweisen der Angehörigen im Hinblick auf eine baldige Entlassung des Patienten

Reaktionsweisen	N
"so bald wie möglich"	13
Freude	10
moralische Verpflichtung der Wiederaufnahme	4
Skepsis	6
Ablehnung durch die Familie oder Teile der Familie	2
Ablehnung des Befragten	9
Ablehnung des Patienten	3
nur unter bestimmten Bedingungen	5
	52

17.65 % lehnten eine Wiederaufnahme des kranken Familienmitgliedes völlig ab. Man habe schon vor der Krankheit nicht miteinander auskommen können und durch die Krankheit selbst habe sich eine unüberwindbare Kluft aufgetan.

"... wenn er bei uns zu Hause wäre, das wäre einfach unmöglich. Mit einem derart gestörten Menschen kann man nicht zusammenleben. Da geht man bei drauf ..."

Tabelle 22 verweist auf die Vielfalt der Probleme, die durch die Wohngemeinschaft mit dem ehemals kranken Familienmitglied von den Angehörigen antizipiert werden.

Tabelle 22: Aspekte der Wohngemeinschaftsproblematik mit dem Ex-Patienten

Problemkatalog aus der Sicht der Angehörigen bei Wiederaufnahme in den Familienverband	%
Rollentausch	23.08
persönliche Belastung durch Schwierigkeiten im Umgang mit dem Patienten	53.85
Sorge um negative Reaktionsweisen anderer Familienmitglieder	26.92
Furcht vor negativen Reaktionen seitens der Umwelt	17.31
Sorge um Berufsperspektive: Arbeits- bzw. Beschäftigungslosigkeit	36.54
Furcht vor Krankheitsrückfall und eigener Hilflosigkeit	13.46
Einschränkung sozialer Aktivitäten	42.31
Reduzierung eigener Interessen	46.15
Angst, den Patienten sich selbst zu überlassen	46.15
Veränderung der persönlichen Beziehung zum Patienten	11.54
notwendige Veränderung eigener Einstellungs- und Verhaltensweisen	11.54

Die hier im einzelnen aufgeführten Schwierigkeiten wurden von den meisten Angehörigen als zum Teil auch kausal miteinander verknüpft artikuliert.

So wurde besonders von Ehepartnern der bereits vollzogene oder bevorstehende Rollenwechsel und die damit verbundenen Interaktionsschwierigkeiten unterstrichen. Die Wiederaufnahme der ehemaligen Berufstätigkeit zusätzlich zur Hausarbeit bzw. der Versorgung des Haushalts neben der Berufssituation wurde als zunehmende persönliche Belastung erlebt.

Gleichzeitig befürchtete man, eine zumindest vorübergehende Arbeits- bzw. Beschäftigungslosigkeit des Patienten, die zu einem erneuten Aufflackern der Krankheitssymptomatik führen könnte.

"Er weiß mit seiner Freizeit nichts anzufangen. Das wäre schlimm, wenn er keine geregelte Tätigkeit hat und sich so nutzlos vorkommt. Da besteht die Gefahr, daß er wieder ins Grübeln gerät. Man kann ja nicht den ganzen Tag um ihn herum sein ..."

Die persönlichen Schwierigkeiten im Umgang mit dem Patienten konzentrierten sich zum großen Teil auf den Bereich sozialer Aktivitäten. Da man einerseits Angst hatte, den Patienten sich selbst zu überlassen, andererseits argwöhnte, ihn durch die gewohnten Sozialkontakte zu überfordern, wurden weitreichende Einbußen eigener Interessen hingenommen. Es bleibt jedoch fraglich, ob die drastische Reduzierung der Außenkontakte lediglich im Sinne des Patienten, d.h. zur Prophylaxe einer Überforderung zu sehen sind oder eventuell als eigene Bedenken bezüglich seiner sozialen Integrationsfähigkeit zu interpretieren sind. Dieser Problemkomplex eines sozialen Stigmatisierungsempfindens seitens der Angehörigen soll an anderer Stelle noch ausführlich erörtert werden.

Die persönliche Beziehung zum Patienten habe durch den sta-

tionären Aufenthalt nach Meinung von 32.69 % der Angehörigen keinerlei Einbuße erlitten. Durch regelmäßige Krankenbesuche sei der Kontakt nicht abgerissen und die vorübergehende Trennung wurde nicht als störend empfunden.

30.77 % glaubten hingegen eine Trübung des gegenseitigen Verhältnisses festzustellen, die jedoch eher durch die veränderte Persönlichkeit des Patienten entstanden sei als durch eigene Abwendung.

25 % sahen das kranke Familienmitglied mit anderen Augen an; die Beziehung habe eine deutlich spürbare negative Veränderung erfahren.

11.54 % beschreiben eine negative Beziehung, die jedoch durch gegenseitige Abwendung sowohl auf seiten des Patienten als auch eigener Rückzugstendenz charakterisiert ist.

In den Fällen einer zunehmenden reziproken Distanzierung oder auch der Resignation des Angehörigen handelte es sich meist um Patienten mit wiederholten Krankheitsrezidiven.

"Es ist so, daß meine Frau sich weit von dem entfernt hat, was sie früher gewesen ist als Persönlichkeit, und daß demnach der Kontakt über das einfache Zusammenleben hinaus schwächer wird. Das ist wohl nicht zu ändern. Meine Frau ist nicht mehr der Mensch, den ich einmal geliebt und geheiratet habe. Sie hat sich in ihrer ganzen Wesensart sehr stark verändert. Geistig ist sie nicht mehr so regsam. Die Kommunikation, überhaupt die gesamte Verständigung ist nicht mehr da. Es ist nicht so, daß wir in Streit leben, wenn sie wieder zu Hause ist, aber wir haben so gut wie keine Berührungspunkte mehr. Die erschöpfen sich im wesentlichen in der Fürsorge der Kinder und ein gelegentliches Aufflackern von Freude über einen bestimmten Gegenstand oder eine bestimmte Darstellung im Fernsehen, aber selbst das ist selten geworden ..."

"Ein gewissen Gefühl der Fremdheit ist schon da, zumindest in der ersten Zeit nach der Entlassung. Man muß sich erst mal mit dem Gedanken vertraut machen: jetzt ist er wieder da. Man denkt dann auch immer an das, was gewesen ist und fragt sich, wie lange es dieses Mal gut gehen mag und was als nächstes auf uns zukommt. Und es kommt ja auch wieder was, man weiß nur nicht genau wann ..."

"Das entfremdet sehr. Wenn man länger als 3 Wochen im Krankenhaus ist, wird man doch irgendwie abgeschrieben. Meine Frau tut ja auch selbst so, als sei sie nur zu Besuch zu Hause. Und das verstärkt die enorme Distanz noch mehr. Man verändert sich. Sehen Sie, ich hab' meinen Haushalt ganz auf mich persönlich eingerichtet. Ich brauche eine Tasse, möglichst nicht viel Unordnung machen ..."

Im Hinblick auf die Einschätzung eines veränderten Beziehungsverhältnisses der übrigen Familienmitglieder zum Patienten aus der Sicht der befragten Angehörigen deutete sich eine ähnliche Tendenz an: Auch hier ist eine zunehmende Distanzierung und Entfremdung besonders in den Fällen wiederholter stationärer Behandlungen zu beobachten.

Ein weiterer Fragenkomplex untersuchte die Reaktionsweisen des weiteren sozialen Umfeldes auf die Erkrankung und die stationäre Behandlung, so wie sie in den Augen der Angehörigen erlebt werden. Der Übersicht und des besseren Vergleichs wegen sollen die Reaktionsmuster der Verwandtschaft, der Nachbarschaft, der Arbeitskollegen und der Freunde und Bekannte tabellarisch und nebeneinander aufgeführt werden.
(Tabelle siehe bitte nächste Seite)

Während Verständnis und Anteilnahme im weiteren sozialen Umfeld durchaus von den Angehörigen bestätigt werden, wurde eine aktive Unterstützung besonders im näheren Verwandtschaftskreis beklagt.

Tabelle 23: Aspekte der Einstellungs- und Reaktionsweisen des weiteren sozialen Umfeldes auf die Erkrankung aus der Sicht der Angehörigen

Aspekte	Verwandte %	Nachbarn %	Kollegen %	Freunde & Bekannte %
Verständnis/ Anteilnahme	26.12	25.00	31.43	23.08
aktive Unterstützung	11.54	5.77	5.71	15.38
Neugier/ Sensationslust	-	5.77	5.71	3.85
Rückzug/ Distanz	11.54	3.85	8.57	7.69
versteckte Feindseligkeit	5.77	11.54	-	1.92
offene Ablehnung/ Diffamierung	9.62	1.92	2.86	1.92
Ignoranz/Nicht Wahrhabenwollen	7.69	3.85	-	1.92
kein Thema	3.85	32.69	40.00	32.69

"Die Isolierung ist sehr stark da. Die bezieht auch praktisch die ganze Familie mit ein. Man sagt sich: wenn wir den Kontakt weiter pflegen, dann haben wir den Ärger mit der Frau. Da wollen wir uns doch lieber zurückhalten. Man sagt zwar, man wolle nicht störend einwirken, aber in Wirklichkeit ist es die Furcht vor Verantwortung. Da ist kein soziales Engagement, nicht einmal in der Familie meiner Frau."

"Es kommt niemand. Man fragt mich zwar am Telefon, wie es ihm geht, aber daß mal jemand zu mir kommen und mich fragen würde: wie wirst du mit allem fertig? Das ist nicht drin. Das sind Menschen, die können sich nicht in diese Situation hineinversetzen. Und dann kommt noch hinzu, daß sie Angst haben, es käme irgendetwas auf sie zu ..."

"Wir leben wie auf einer Insel. Die können sich das nicht vorstellen, was es heißt, psychisch krank zu sein. Und eigentlich möchten sie es am liebsten leugnen, einen solchen Menschen in der Verwandtschaft zu haben. Zum Schluß waren da nur noch Höflichkeitsanrufe und da ich das nicht mag, habe ich den Kontakt ganz abgebrochen ..."

Mit zunehmender sozialer Distanz wächst auch die Scheu der Angehörigen, die Krankheit etwa im Kollegenkreis oder auch bei Freunden und Bekannten anzusprechen. Während die Erkrankung im näheren Verwandtenkreis lediglich für 3.85 % der Befragten "kein Thema" ist, geben immerhin 66 % an, daß bei Freunden und Bekannten dieses Thema nicht angesprochen werde. Für die meisten Angehörigen stand die Sorge im Vordergrund, die ohnehin schon als schmerzlich erlebte soziale Isolierung könnte vergrößert werden oder aber man antizipiert eine Abkapselungstendenz seitens der Umwelt und zieht sich von vorneherein zurück.

"Gesagt haben wir denen nichts, aber ich nehme an, daß sie es wissen. So was spricht sich sehr schnell rum. Wenn wir gefragt wurden, haben wir gesagt, daß sie nervlich ein bißchen

überfordert ist und die Sache somit umgangen. Wissen Sie, wenn Sie so wie ich durch das Geschäft bedingt in der Öffentlichkeit stehen, dann gibt es schnell Klatsch und Tratsch und es ist nicht gut, wenn sich so etwas herum spricht. Es ist ja schließlich kein Lottogewinn. Deswegen habe ich das Ganze bewußt zurückgehalten."

"Ich rede mit den Leuten nicht darüber. Die haben ja nun mitgekriegt, daß sie ihn mit der Polizei abgeholt haben. Das war mir schon unangenehm genug."

"Die haben sich doch sehr zurückgezogen. Anfangs sind sie ja noch ab und zu zu Besuch gekommen, aber wenn es meinem Mann dann mal nicht so gut ging, also wenn er mal komisch geredet hat, dann haben sie schnell das Weite gesucht. Die können da kein Verständnis aufbringen."

"Ich habe manchmal die Befürchtung, daß man sich von uns zurückgezogen hat. Ich selber bin ja auch mit der Auffassung groß geworden, daß diese Menschen nicht so ganz zurechnungsfähig sind. Vielleicht ist die zunehmende Isolierung aber auch durch mein Verhalten bedingt. Ich bin manchmal sehr still und bedrückt und eben nicht mehr so wie früher an Einladungen oder Besuchen interessiert ..."

Im Hinblick auf die zukünftige Berufsperspektive zeichnete sich unter den Angehörigen ein eher heterogenes Meinungsbild ab. 38.46 % gaben an, daß die Wiederaufnahme der ehemaligen Tätigkeit bzw. die Fortführung der Berufsausbildung nicht gefährdet sei. 16 % vermuteten, daß eine Umschulung bzw. ein Berufswechsel mit geringeren Anforderungen unerläßlich sein werde, um eine erneute Überforderung des Patienten zu vermeiden.
Für 34 % der Angehörigen löste die Frage nach dem beruflichen Werdegang erhebliche Ängste und ernsthafte Sorgen aus. Man äußerte sich skeptisch, ob das kranke Familienmitglied überhaupt wieder arbeitsfähig sein würde und eine sinnvolle Tätig-

keit ausführen könnte. In dieser Situation erlebten sich die Angehörigen als völlig ratlos und häufig wurde der Wunsch nach gezielter Beratung sowohl für sie selbst als auch für den Patienten artikuliert.

Die Tendenz, das kranke Familienmitglied intensiver und "mit gemischten Gefühlen" zu beobachten, zeigte sich auch bei der Beantwortung der Frage, was denn wohl im Angehörigen vorgehen würde, wenn der Ex-Patient sich an irgendeinem Tag anders als üblich geben würde.

75 % äußerten spontan die Sorge eines erneuten Kranheitsschubes.
"Das normalste wäre, so glaube ich, das auf die Krankheit zurückzuführen, obwohl es ein Fehler sein kann. Aber nach allem, was passiert ist, hätte ich die Befürchtung. Rein rational halte ich das nicht für richtig, weil auch ganz harmlose Dinge so etwas auflösen können und nicht unbedingt mit der Krankheit zusammenhängen. Aber irgendwie ist es wohl menschlich, in dem Moment erst an die Krankheit zu denken ..."

Erst in zweiter Linie würde man nach anderen möglichen Ursachen suchen wie etwa: Ärger am Arbeitsplatz, Unstimmigkeiten innerhalb der Familie oder unangenehme Nebenwirkungen der Medikamente.
Lediglich ein Viertel der Befragten zeigte sich hier eher gleichmütig und würde einer passageren Verstimmung des Patienten keine besondere Beachtung schenken.

"Das kann mir doch auch passieren. Ich hab' doch auch Phasen, in denen es mir gut geht und Momente, wo ich eher melancholisch oder depressiv bin. Warum soll ich das einem anderen Menschen nicht auch zugestehen?"

36 % würden sich in einer solchen Situation zunächst abwartend und beobachtend verhalten. Man würde sich dem Patienten intensiver als sonst zuwenden und versuchen, mit ihm über sei-

ne Probleme zu sprechen.

48 % der Angehörigen würden sofort einen Facharzt zu Rate ziehen und 17 % schlossen es nicht aus, eine erneute stationäre Behandlung in Erwägung zu ziehen. 3 Angehörige würden sogar eine Zwangseinweisung beantragen.

Die Möglichkeit eines Krankheitsrezidivs wurde von 60 % der Angehörigen spontan bejaht. 21 % hielten einen weiteren Krankheitsschub, bzw. eine erneute Krankheitsphase unter bestimmten Umständen für möglich und 5 % schlossen eine Rückfallgefahr aus.
Argumente, die ein Wiederaufflackern der Krankheitssymptomatik für möglich hielten, basierten zum einen auf ärztlichen Informationen (17 %), zum anderen aber auch auf der eigenen Erfahrung im Umgang mit der Krankheit (29 %), sowie der Unwägbarkeit des Krankheitsbildes einer endogenen Psychose (29 %).

Hauptargument gegen einen Krankheitsrückfall war für 23 % der Angehörigen die Hoffnung auf eine gezielte Nachsorge, die auch eine eingehende Beratung der gesamten Familie umfassen sollte.

Während bei einer passageren Verstimmung des Patienten Abwarten und Zusprache bzw. positive emotionale Zuwendung im Vordergrund stehen, würden im Falle einer Rückfälligkeit nur noch 8 % der Befragten in dieser Weise reagieren.
62 % würden sich gleich an einen Facharzt wenden oder, wenn es erforderlich sein sollte, eine stationäre Behandlung sofort in die Wege leiten.

77 % der Befragten würden sich den Belastungen eines erneuten Krankheitsausbruches gewachsen fühlen, 10 % nur bedingt, d.h. nur bei angemessener ärztlicher Betreuung und lediglich 12 % äußerten sich zu dieser Frage eher skeptisch und vermuteten, daß eine solche Situation ihre physischen und psychischen Kräfte überschreiten würde.

Diejenigen Angehörigen, die einem Rückfall eher mit Gelassenheit begegnen würden, führten zum Teil ihre Erfahrungen an, die sie im Umgang mit dem Patienten und seiner Krankheit gesammelt hatten, zum Teil aber auch eine notwendige Beherrschung der Situation, eine moralische Verpflichtung, den Patienten in seiner Not nicht im Stich lassen zu können.

Im Hinblick auf die Frage nach einer eigenen Wohnung für den Patienten nach seiner stationären Behandlung zeigten die Angehörigen ein eher heterogenes Meinungsbild.

Die Argumente, die für einen eigenen Wohnbereich außerhalb der familiären Umgebung plädieren, werden in Tabelle 24 dargestellt, und zwar einmal aus der Sichtweise des Patienten, zum anderen aus der Perspektive des Angehörigen.

Tabelle 24: Befürwortung eines eigenen Wohnbereichs des Patienten nach seiner stationären Behandlung

aus der Sicht des Patienten	%	aus der Sicht des Angehörigen	%
Möglichkeit einer besseren Selbstfindung und Distanzierung zur Vergangenheit (neuer Anfang)	15.38	persönliche und zeitliche Entlastung	38.46
		Befreiung von der Verantwortlichkeit für den Patienten	32.69

Argumente gegen eine eigene Wohnung des Patienten gibt Tabelle 25 wieder:

Tabelle 25: Ablehnung eines eigenen Wohnbereiches des Patienten nach seiner stationären Behandlung

aus der Sicht des Patienten	%	aus der Sicht des Angehörigen	%
Oberforderung	75.0	emotionale Verbundenheit zum Patienten	32.69
soziale Isolierung	52.0	Unsicherheit, mangelnde Kontrolle	73.08
keine finanzielle Unterstützung	28.85	moralische Verpflichtung zur Wiederaufnahme	5.77

5 Angehörige berichteten, daß der Patient bereits vor der Erkrankung eine eigene Wohnung gehabt habe, in die er nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus auch wieder zurückkehren würde.

In diesem Zusammenhang wurde den Angehörigen auch die Frage gestellt, ob ihrer Meinung nach eine solche Trennung von zu Hause Probleme abzubauen helfe, oder eventuell neue Schwierigkeiten aufwerfen würde.

Die Mehrzahl der Familienangehörigen äußerte spontan Bedenken, eine Trennung in Erwägung zu ziehen (69 %). Lediglich in den Fällen, in denen die Familie zur Erkrankung mit beigetragen haben könnte, oder wenn eine Reintegration des Patienten durch erhebliche physische oder psychische Beeinträchtigung der nächsten Anverwandten unmöglich sei, müsse man nach alternativen Möglichkeiten suchen. Die allgemeine Tendenz jedoch war die, den Patienten zumindest für die erste Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aufzunehmen, um ihm für seine weitere Zukunft Hilfe und Unterstützung anzubieten.

"Ich würde meinen, daß es immer besser wäre, zuerst mal nach Hause zu kommen. Draußen ist man doch nicht so sicher und für manche negative Einflüsse anfälliger als zu Hause, wo man doch noch ein bißchen die Aufsicht hat ..."

"Prinzipiell glaube ich, ist es besser, zur Familie zurückzukehren, wenn da Hilfe zu erwarten ist. Wenn die Familie genügend Geduld und Verständnis aufbringen kann, dann kann das viel zur Heilung beitragen ..."

Die Abschlußfrage unserer Explorationsleitfadens hatte zum Ziel, einen Blick in die gemeinsame Zukunft mit dem Patienten zu werfen. Dabei zeigte es sich, daß die Art und Weise des Zusammenlebens in direktem Zusammenhang zum weiteren Krankheitsverlauf zu stehen scheint. In den Fällen, in denen man eine günstige Prognose des Krankheitsgeschehens antizipierte, äußerte man sich auch im Hinblick auf die persönliche Beziehung zum Patienten hoffnungsvoll und positiv, wobei die Qualität dieser Beziehung eher durch eine rührende Fürsorgebereitschaft getönt war als daß sie auch für den Angehörigen als positiv erfüllend erlebt wurde.

Dieses Ergebnis ist möglicherweise dadurch erklärbar, daß in unserer Stichprobe Eltern gegenüber Ehepartnern überrepräsentiert sind und daß die Erwartungs- bzw. Bedürfnisstruktur ei-

nes Partners eine qualitativ andere ist als die eines Elternteils.

27 % sahen einer gemeinsamen Zukunft mit dem Patienten eher skeptisch entgegen, sowohl im Hinblick auf den Krankheitsverlauf, als auch bezüglich einer gemeinsamen Lebensperspektive.

"Wir müssen erst einmal wieder zueinanderfinden. Ich bin im Moment auch noch sehr vorsichtig und ängstlich, vor allem, was seine Krankheit betrifft. Denn die hat sich wie ein Schatten auf uns gelegt."

25 % zeigten sich bei der Beantwortung dieser Frage sehr zurückhaltend. Man traute sich nicht so recht, einen Blick in die "ungewisse" Zukunft zu werfen und tendierte eher dazu, die Dinge auf sich zukommen zu lassen.

"Ich habe es mir abgewöhnt, in die Zukunft zu schauen und große Pläne zu bauen, damit ich nicht so sehr enttäuscht werde. Je älter ich werde, desto mehr tendiere ich dazu, mich mit den Dingen auseinander zu setzen, die hier und jetzt aktuell sind ..."

5 Angehörige wiesen eine gemeinsame Zukunftsperspektive strikt von sich. Schon vor der Erkrankung habe man getrennt gelebt, oder sich so weit voneinander entfert, daß die Kluft, die durch die Krankheit noch größer geworden ist, nun unüberbrückbar geworden ist und die Voraussetzungen für ein gemeinsames Leben nicht vorhanden seien. "... eine gemeinsame Zukunft sehe ich nicht. Es wäre wohl das beste, sie in einem Pflegeheim unterzubringen."

3.6.2. Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den Variablen

Zur Überprüfung der im folgenden dargestellten Annahmen wurden Kontingenztafeln als Berechnungsmethode herangezogen, da die Daten nominalskaliert sind.
Der besseren Lesbarkeit- und Überschaubarkeit halber sollen die miteinander verknüpften Variablen der einzelnen Annahmen nicht in vollem Wortlaut, sondern in ihrer verschlüsselten Form, d.h. der Variablennummer wiedergegeben werden, die im Anhang nachgelesen werden können (vgl. Anhang C).

3.6.2.1. Zur Bedeutung der Einschätzung des kranken Familienmitglieds anhand des semantischen Differentials (vgl. Annahme 1)

Die Beurteilung des Patienten anhand des semantischen Differentials wird im Zusammenhang mit der ärztlichen Diagnose (286), der Häufigkeit der stationären Behandlung (287), dem antizipierten Stigmatisierungsverhalten seitens der Umwelt (138-145), bereits erlebten Wochenenderfahrungen mit dem kranken Familienmitglied (105, 106, 107) und dem Verwandtschaftsgrad dargestellt und diskutiert.

Ein Zusammenhang zwischen der Diagnose und der Beurteilung des kranken Familienmitglieds fand sich lediglich bezüglich der Dimension fröhlich-traurig. Patienten, die an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis litten, wurden von ihren Angehörigen als eher traurig eingeschätzt. Dieses Ergebnis erstaunt insofern, als eine Beurteilung gerade im Hinblick auf die Merkmale fröhlich-traurig eher im Krankheits-

fall einer endogenen Depression zu erwarten gewesen wäre.

Die von JOHNSON & PLANANSKY (1968) beobachtete Trendwende zu einer negativen Beurteilung des Patienten mit zunehmender Erkrankungshäufigkeit und wiederholter stationärer Behandlung des Patienten konnte nicht bestätigt werden.

Auch ein Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit der Angehörigen zu einer sozial höheren Schicht und einer eher abwehrend-feindseligen Attitüde gegenüber dem Patienten konnte anhand unserer Stichprobe nicht beobachtet werden.

Es fand sich hingegen eine Interdependenz zwischen einer eher positiven Beurteilung des Patienten bezüglich der Merkmale "besorgt" und "feinfühlend" und einer gehobenen Einkommensgruppierung ($p < .009$). Dieses Ergebnis könnte unter Umständen darauf zurückzuführen sein, daß diese Aspekte für Angehörige einer höheren Einkommensschicht im Hinblick auf ein funktionales und reibungsloses Zusammenleben wichtiger sind als für Angehörige einer sozio-ökonomisch niederen Schicht, wo die Momente der Feinfühligkeit und Besorgtheit nicht unbedingt als relevante Aspekte des Verhaltens- und Erlebensrepertoires antizipiert werden, sondern, wie aus MYERS & ROBERTS (1969) beobachteten, apathisches und gleichgültiges Verhalten des Patienten bei Angehörigen der Unterschicht als persönlichkeitsimmanent etikettieren und ihm keine besondere Bedeutung beimessen.

Der von uns erwartete Zusammenhang zwischen den bereits erlebten positiven Wochenenderfahrungen und einer positiven Beurteilung des Patienten fand ebenfalls keine Bestätigung. Diese vermutete Interdependenz fand sich auch nicht in umgekehrter Weise, nämlich daß mit zunehmend negativen Wochenenderfahrungen, sowohl für den Befragten selbst, als auch für die übrigen Familienmitglieder der Patient eine pejorative Beurteilung erfährt.

Ein völlig unerwarteter Zusammenhang ergab sich zwischen der Beurteilung des Patienten und den Erfahrungen, die die Angehörigen während der stationären Behandlung mit der Umwelt gemacht hatten. Selbst dort, wo zum Verwandtschafts-, Freundes- und Bekanntenkreis eine Distanzierung aus eigenem Antrieb erfolgte, oder wo die Umwelt sich zurückgezogen hatte, wurde das kranke Familienmitglied positiv bezüglich der Merkmale "friedlich", "vertrauensvoll", "aufrichtig", "ausgeglichen", "gutmütig" und "zuverlässig" beurteilt ($p < .049$).
Diese Tendenz zur positiven Beurteilung zeigte sich um so ausgeprägter, je unterstützender und wohlwollender sich die Einstellung der Umgebung gegenüber dem Patienten manifestierte.

Die sich hier allgemein andeutende positive Beurteilung des kranken Familienmitgliedes in ihrem Wirkungsgefüge mit den soeben dargestellten Merkmalen verändert sich bei der Berücksichtigung des Verwandtschaftsgrades des Angehörigen. So zeigte es sich, daß Eltern, und hier besonders die Mutter, im Vergleich zu Ehepartnern den Patienten als eher unselbständig, traurig, verschlossen, lahm und schwach einschätzten ($p < .049$).

Dieses Ergebnis ist u.E. dadurch erklärbar, daß die Tatsache einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung wie der einer endogenen Psychose zwar auch für die Eltern eine schmerzliche Erfahrung bedeutet, jedoch nicht in dem Maße existenszbedrohend ist wie für einen Ehepartner. Denn Eltern, die schon durch ihre besondere sozial-biologische Rollenfunktion eine eher aktiv fürsorgebereite Position einnehmen, beurteilen den Patienten nüchterner und realistischer.

Diese Interpretation wird dadurch erhärtet, daß es - zumindest in unserer Stichprobe - wiederholt ein Elternteil war, der auf die Frage nach der Krankheitsbezeichnung des Patienten die vom Arzt formulierte Diagnose wiedergab, wohingegen Ehepartner eher Umschreibungen wählten, die eine organische

oder aber zumindest exogene Komponente implizierten.

Eine andere Interpretation dieses Ergebnisses bietet sich durch die Untersuchungsergebnisse von STEVENS (1972) an. Dem kranken Sohn oder der kranken Tochter werden Verhaltens—und Erlebensmerkmale wie traurig, lahm und schwach attribuiert, um dadurch den Zustand des abhängigen Kindes zu perpetuieren, das der ständigen Fürsorge bedarf.

SCHULTE (1963) führt diese Beobachtung noch weiter aus, indem er von Angehörigen berichtet, denen an der Aufrechterhaltung des Krankseins im eigenen Interesse, nämlich dem der Obhut und Sorge eines lebenslang abhängigen und untüchtigen Kindes gelegen ist und für die eine Genesung des Patienten eine reale Bedrohung ihres Lebenssinns implizieren würde. Diese Aussage wurde jedoch für Angehörige chronisch schizophrener Patienten getroffen und kann aufgrund unseres Patientengutes nicht bestätigt werden, da in über 50 % unserer Patientenstichprobe eine Erst- bzw. Zweiterkrankung vorlag.
Dennoch könnten die oben dargestellten Zusammenhänge Initialsymptome eines solch tragischen Beziehungsgefüges darstellen und liefern für die beratende Zusammenarbeit mit den nächsten Angehörigen wichtige Hinweise.

Einige wesentliche Zusammenhänge, die über die von uns formulierte Annahme hinausgehen, sollen wegen ihrer praktischen Relevanz für den Alltag mit endogen psychotischen Patienten im folgenden beschrieben werden:

Angehörige, die vom kranken Familienmitglied ein eher positives Bild haben, die ihn als eher besorgt, nachgiebig, aufrichtig, ausgeglichen und gutmütig charakterisieren, würden sich einem erneuten Krankheitsrezidiv gewachsen fühlen ($p < .049$).
Eine eigene Wohnung für den Patienten nach seiner Entlassung wurde aus Gründen einer allgemeinen Oberforderung und der Gefahr einer sozialen Isolierung abgelehnt. Dies gilt besonders

in den Fällen, in denen der Patient als ausgeglichen, gemütvoll und berechenbar beurteilt wurde ($p < .009$).

Besonders imponiert hier die Relevanz des Merkmals "berechenbar". Wie auch JAECKEL & WIESER (1970) in ihrer Studie über "Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit" resümieren, scheint das "Kontrollproblem" für ein Zusammenleben mit dem Patienten von großer Wichtigkeit für die Angehörigen zu sein.

"Bizarre Ansichten oder Handlungen sind kein zwingender Grund, jemanden sozial als Geisteskranken einzustufen und zu behandeln, wohl aber der Widerstand gezielten Kontrollversuchen gegenüber. Wer sich hingegen mit seiner Umwelt arrangieren, d.h. hinsichtlich einzuhaltender Minimalanforderungen einigen kann, dem wird mancherlei Ungewöhnliches und Absonderliches nachgesehen. Die Ebene der sozialen Kontrolle ist also die entscheidende, auf der sich das, was vorher vielleicht nur Verwunderung oder Unbehagen auslöst, zum nicht zu umgehenden praktischen Problem ausweitet (JAECKEL & WIESER, 1970, S. 74).

Umgekehrt würde man im Hinblick auf den Patienten, den man als eher launisch, zänkisch und unzuverlässig beschreibt, eine eigene Wohnung aus Gründen persönlicher und zeitlicher Entlastung, vor allem wegen der Verantwortungsbefreiung für den Patienten begrüßen ($p < .049$).

Bei Patienten, die als eher feinfühlend, unselbständig und gutmütig charakterisiert wurden, lehnten die Angehörigen eine eigene Wohnung für den Patienten nach seiner stationären Behandlung aus Gründen der eigenen mangelnden Kontrolle über seine Lebensführung ab.
Dabei stellt sich die Frage, inwieweit die Beurteilung des Patienten bezüglich seiner Selbständigkeit, bzw. Unselbständigkeit eher von einem Elternteil als einem Ehepartner formuliert wurde, um die gewohnte und oben diskutierte Form einer

symbiotischen Wohngemeinschaft mit dem Patienten zu erhalten, ein Aspekt, der anhand unserer Stichprobe nicht weiter überprüft wurde.

3.6.2.2. Zur Bedeutung der unterschiedlichen Reaktions- und Erlebensweisen des Angehörigen auf die psychotische Erkrankung (vgl. Annahme 2)

Die unterschiedlichen Reaktions- und Erlebensweisen des Angehörigen auf das Krankheitsgeschehen (75-92) sollen in ihrem Zusammenhang mit der Art der Erkrankung (287), dem Verwandtschaftsgrad des Angehörigen (1), der Ausprägung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale und der Ursachenattribuierung der Erkrankung beim Angehörigen (43) dargestellt und diskutiert werden.

Im Hinblick auf die unterschiedlichen Erlebens- und Verhaltensweisen der Angehörigen auf die psychotische Erkrankung zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis und den Reaktionsmustern "nicht bemerken", bzw. "abwarten" ($p < .049$).
Dieses Ergebnis bestätigt aufs Neue die bereits 1955 von YARROW et al. und auch von WIESER (1973) gemachten Beobachtungen. Ungeachtet der nicht mehr einfühlbaren Wahnsysteme, der sie begleitenden Verschrobenheiten der Denk- und Sprechweise, der bizarren Verhaltensmuster besteht die starke Resistenz zur Annahme einer psychotischen Erkrankung. Welches groteske Ausmaß dieser Weigerung, den Tatsachen ins Auge zu sehen, haben kann, läßt sich durch die Reaktion

eines Ehemannes einer an einer paranoiden Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis leidenden Patientin darstellen, der selbst einen Psychiater konsultierte, weil er annahm, mit ihm sei etwas nicht in Ordnung.

Diese Tendenz zu "Enträtselungsversuchen" des dramatischen Geschehens in der Person des Angehörigen selbst wurde von SCHULTE (1967) eindrucksvoll dargestellt.

Während bei der Erstmanifestation der Erkrankung Hilf- und Ratlosigkeit bzw. hartnäckiges Leugnen und Abwarten die hervorstechenden Reaktionsmuster der Angehörigen sind, ranken sich mit zunehmender Erkrankungsfrequenz die Sorgen der Angehörigen um die weitere Existenz des Patienten ($p < .009$). Dabei erstaunt die Tatsache, daß diese Existenzsorge um das kranke Familienmitglied nicht von der Zugehörigkeit zu einer sozial-ökonomisch unteren Einkommensschicht abhängig zu sein scheint. So zeigte sich bei unserer Erhebung gerade ein Zusammenhang zwischen der von uns erfaßten oberen Einkommensschicht und der Sorge um die weitere Zukunft des Patienten ($p < .009$). Berücksichtigt man die wörtlichen Äußerungen der Angehörigen, so wird evident, daß die prospektive Existenzproblematik weniger eine finanziell-materielle Komponente beinhaltet, sondern eher die Sorge um seinen weiteren persönlichen Lebensweg, seine individuelle wie soziale Karriere. Hinzu kommt, daß die Erkrankung einer endogenen Psychose besonders in den Augen von Angehörigen einer gehobenen Einkommensgruppierung mit einer sozialen wie auch beruflichen "Antikarriere" verbunden ist und somit ein erheblicher Prestigeverlust antizipiert wird.

Dieser Gedanke erfährt eine weitere Bestätigung durch die Beobachtung, daß selbst in Fällen wiederholter Zwangseinweisung (die sogar zum Teil durch Außenstehende veranlaßt wurde), "nicht-bemerken" das vorherrschende Reaktionsmuster der Angehörigen war ($p < .049$).

In eine ähnliche Richtung weist der Zusammenhang zwischen dem Aspekt "nervliche und berufliche Überlastung" als Krankheitsverursachung beim Patienten und Angst, Trauer und Hilflosigkeit als relevante Erlebensweisen im Bezug auf die Krankheit. ($p < .049$)
Der gleiche Trend zeigte sich auch bei einer eher differenzierten Betrachtungsweise der Krankheitsverursachung, d.h. dort, wo die Angehörigen sich der Ernsthaftigkeit und Schwere der psychiatrischen Erkrankung ihres Familienmitglieds bewußt waren, äußerten sie in erster Linie Angst, Trauer und Hilflosigkeit. Sowohl im Falle einer nervlichen und beruflichen Überlastung als vermuteter Krankheitsursache bzw. Krankheitsauslöser, als auch bei der soeben dargestellten differenzierten Beurteilung der Krankheitsverursachung steht die Sorge um die zukünftige Position des Patienten in unserer Leistungsgesellschaft im Vordergrund.

Die von uns vermutete Interdependenz einer eher intolerant-vorwurfsvollen Einstellung der Angehörigen gegenüber dem Patieten und einer Krankheitsverursachung durch exogene Faktoren, wie z.B. der einer ausschweifenden Lebensführung konnte nicht bestätigt werden.
Die Angehörigen unserer Stichprobe zeigten positive Zuwendung gegenüber dem kranken Familienmitglied oder bemühten sich um eine ärztliche oder psychologische Beratung, wo sie seelische Belastungen welcher Genese auch immer oder eine zunehmende Isolierung des Patienten als Krankheitsursache vermuteten ($p < .049$).

Ein weiterer vermuteter Zusammenhang zwischen bestimmten Verhaltens- und Erlebensweisen in Abhängigkeit des Verwandtschaftsgrades des Angehörigen fand lediglich eine partielle Bestätigung, insofern, als sich die Intensität der Reaktion auf die Krankheit mit abnehmendem Verwandtschaftsgrad reduziert. In unserer Stichprobe handelte es sich dabei sowohl um Verwandte ersten Grades (Geschwister) als auch um entfernte Verwandte wie Schwager, Schwägerin, Verlobter.

Für diese Bezugsgruppe scheint eine Loslösung von der Problematik am ehesten möglich und realisierbar zu sein, da die Verantwortlichkeit für den Patienten auf "relevantere Familienmitglieder" wie Eltern oder Ehepartner übertragen werden kann.

In ihren Reaktionsweisen waren diese Familienmitglieder jedoch homogen, d.h. es zeigte sich kein Unterschied in der Art und Weise ihres Erlebens und Verhaltens, sei es bei einem Elternteil oder einem Ehepartner. Hier waren Rat- und Hilflosigkeit, sowie die Sorge um den weiteren Werdegang des Patienten wiederum die hervorragenden Merkmale ($p < .049$).

Elternteile und Ehepartner unterscheiden sich jedoch bezüglich ihrer Befürchtung möglicher Auswirkungen der Krankheit auf andere Familienmitglieder ($p < .049$).
Diese Sorge möglicher negativer Auswirkungen der Krankheit auf andere Familienmitglieder wurde häufiger von Ehepartnern vorgetragen als von Eltern. Diese Beobachtung läßt sich u.E. dadurch erklären, daß ein Ehemann oder eine Ehefrau durch die Krankheit des Partners nicht nur mit erheblichen Beeinträchtigungen der Alltagsroutine konfrontiert wird - diese Schwierigkeiten und Probleme stellen sich für Eltern in ähnlicher Weise - sondern sich mit dieser Situation allein arrangieren müssen. Im Erkrankungsfalle eines Sohnes oder einer Tochter erfahren Eltern eine reziproke Unterstützung in der Bewältigung der Probleme und mögliche Auswirkungen der Krankheit können durch komplementäre Unterstützung von anderen Familienmitgliedern eher ferngehalten werden.

Bei der Berücksichtigung der Persönlichkeitsmerkmale der Angehörigen im Hinblick auf die verschiedenen Erlebens- und Verhaltensweisen zeigten sich folgende Zusammenhänge: Angehörige, die auf die psychotische Erkrankung mit Angst, Hilflosigkeit und Trauer reagieren, zeigen eine relativ erhöhte Merkmalsausprägung bezüglich der Persönlichkeitsdimension

"abasement" und "social recognition" ($p < .049$).
Das heißt, dort, wo Unsicherheit, Orientierung an die öffentliche Meinung und Furcht vor Auseinandersetzung mit schwierigen Problemen die Persönlichkeit des Angehörigen überwiegend charakterisieren, zeigt er sich angesichts der psychotischen Erkrankung, die schicksalshaft über ihn hereinbricht, wie paralysiert.
Die Angehörigen, die gegenüber dem Patienten und seiner veränderten Persönlichkeit eher Wut empfanden und sogar von gelegentlichen Entgleisungen ihrer Beherrschung berichteten, insofern, als sie den Patienten sogar geschlagen hatten, zeigten ein erhöhtes Ausmaß an "affiliation", "aggression" und "exhibition" ($p < .049$).

Der Zusammenhang zwischen eher aggressiven Reaktionsweisen auf die psychotische Erkrankung und Persönlichkeitsmerkmalsausprägung wie "aggression" und "affiliation" läßt sich u.E. dadurch erklären, daß die eigene Rolle oder Bedeutung im Familienverband durch die mitunter recht exklusiven und die Aufmerksamheit aller auf sich richtenden Verhaltens- und Erlebensweisen eine Modifikation, zumindest aber eine Bedrohung erfahren könnte. Interessant wäre in diesem Zusammenhang der Frage nachzugehen, ob diese spezifische Interdependenz in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsgrad zu sehen ist. Denn es könnte auf dem Hintergrund der bereits an anderer Stelle andiskutierten rollentheoretischen Überlegungen vermutet werden, daß Elternteile ihre eigene Position zugunsten des kranken "Kindes" bereitwilliger modifizieren als Ehepartner.

Der Zusammenhang zwischen "nicht-bemerken" bzw. "nicht-wahrhaben-wollen" und einem relativ hohen Maß an "affiliation" verweist in die gleiche Richtung.

Schließlich ließ sich anhand unserer Stichprobe ein Zusammenhang zwischen den Reaktionsmustern "Erleichterung" und "Suche nach medizinischer oder psychotherapeutischer Hilfe bzw. Beratung" und Persönlichkeitsmerkmalen wie "endurance" und

"nuturance" nachweisen ($p < .049$).

Die diesen Charakteristika übergreifende Tendenz ist das sich Sorgen um den anderen, sich seiner Probleme und Nöte bereitwillig anzunehmen. So ist auch die Äußerung einer Mutter eines an einer paranoiden Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis leidenden jungen Mannes zu verstehen, wenn sie sagt: "über sein Verhalten und die Art, wie er sich mir gegenüber gab, war ich sehr traurig. Aber als es dann zu diesem Ausbruch kam, war ich irgendwie erleichtert. Jetzt gab es wenigstens Anhaltspunkte und man konnte etwas unternehmen. Vorher wußte man ja gar nicht, was mit dem Jungen war und warum er so verändert war ..."

3.6.2.3. Zur Bedeutung der Bereitschaft zur Wiederaufnahme des Patienten in den Familienkreis (vgl. Annahme 3)

Die Bereitschaft der Angehörigen zur Reintegration des Patienten in den Familienverband (108) wird im Zusammenhang mit der ärztlichen Diagnose (286), der Häufigkeit stationärer Behandlungen (287), dem Verwandtschaftsgrad (1), der Schichtzugehörigkeit der Angehörigen (203, 204), dem Wohnort (205), dem antizipierten Stigmatisierungsverhalten seitens der Umwelt (138 - 145), der Ausprägung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale, bereits erlebten Wochenenderfahrungen mit dem Patienten (105, 106), der Rückfallerwartung (157, 158) und der Einschätzung der Zukunftsperspektive dargestellt und diskutiert.

Ein Zusammenhang zwischen den Merkmalen "Diagnose" und "Häufigkeit stationärer Behandlungen" einerseits und der Bereit-

schaft, den Patienten wieder in die Familie aufzunehmen, konnte anhand unserer Stichprobe weder in der einen Richtung - d. h. zunehmende Resistenz der Angehörigen zur Reintegration bei ungünstiger Diagnose und wiederholter Rezidiven - noch in der anderen Richtung, nämlich einer positiven Einstellung zur Wiederaufnahme entweder im Falle einer Erstmanifestation der Erkrankung oder bei günstiger Prognose, repliziert werden.
Dieses Resultat erstaunt insofern, als zu vermuten gewesen wäre, daß die Toleranzbereitschaft gegenüber dem Patienten und der Wille zu einer weiteren Wohngemeinschaft mit ihm sich reziprok zur Schwere und Symptomatik der Krankheit verhalten, obwohl es sich in weit mehr als der Hälfte der Fälle um Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis handelt.

Gleichzeitig weicht dieses Ergebnis wohltuend von den Beobachtungen ab, wie sie etwa von WIESER (1970) oder auch BAER (1975) gemacht wurden.
Wenn sich also eine Abwehr zur Wiederaufnahme des Patienten in den Familienkreis zeigt, so müßte ihre Ursache an anderer Stelle als der Diagnose oder der Häufigkeit stationärer Behandlungen zu suchen sein.

Ein Ergebnis, das diese Beobachtung etwas näher beleuchtet und transparenter machen könnte, deutet sich durch die Interdependenz zwischen der vermuteten Krankheitsverursachung "nervliche und berufliche Oberlastung" und der Tendenz, den Patienten so bald wie möglich wieder in die Familie aufzunehmen, an ($p < .049$).
Einerseits läßt die vermutete Krankheitsverursachung der beruflichen Oberbeanspruchung einer Genesung des Patienten sehr viel mehr Spielraum und gibt auch gleichzeitig dem Angehörigen mehr Möglichkeiten seine Genesung zu unterstützen als im Falle einer endogenen Psychose, bei der die Angehörigen zumindest im Stadium der akuten Symptomatik hilflos und auf die externale Unterstützung der psychiatrischen Institution angewiesen sind.

Andererseits verweist der nahezu dringliche Wunsch, den Patienten so bald wie möglich nach Hause zu holen, auf die bereits an anderer Stelle andiskutierte Sorge um den weiteren Lebensweg des kranken Familienmitgliedes, und zwar im Sinne des "nicht den Anschluß versäumen" an die Anforderungen, die Familie, Beruf, Freunde und Bekannte an den Ex-Patienten stellen.
Vorherrschend ist die Furcht, daß die Leerstelle sowohl im Mikroverband der Familie als auch im Makroverband unserer Gesellschaft nicht lange unbesetzt bleiben könnte.

Bei der Berücksichtigung des Verwandtschaftsgrades des Angehörigen in seiner Interdependenz zur Wiederaufnahme des Patienten zeigte sich nicht wie erwartet und durch die Studie von STEVENS (1972) beobachtete Tendenz, daß Mütter am ehesten und bereitwilligsten die Reintegration des Patienten favorisierten, sondern zumindest für unsere Stichprobe konnte die Feststellung getroffen werden, daß beide Elternteile der Rückkehr des Patienten mit Freude und zum Teil sogar mit Ungeduld entgegensahen. Diese Beobachtung trifft in gleicher Weise für Ehepartner zu ($p < .049$).
Ein Zusammenhang, der nicht in dieser Annahme formuliert wurde, sei an dieser Stelle dargestellt:

Angehörige, die im weiteren Verwandtschaftskreis bereits mit psychiatrischen Erkrankungen konfrontiert worden waren, reagierten auf die Wiederaufnahme des Patienten mit Skepsis ($p < .049$).
Es läßt sich vermuten, daß diese Angehörigen, wenn auch aus einer gewissen Distanz heraus, die gesamte Problematik, die die psychische Beeinträchtigung eines Familienmitgliedes auf die Familie und ihre Umgebung haben kann, bereits miterlebt oder doch zumindest mitverfolgt haben und von daher diesem sicherlich schwierigen Weg der behutsamen Hilfestellung und Unterstützung ohne adäquate Betreuung oder Beratung mutlos und resignativ entgegensehen.

Die von YARROW et al.(1955) und auch von FREEMAN & SIMMONS (1959) getroffene Feststellung, daß Angehörige einer sozial höheren Schicht aufgrund eines erhöhten Stigmatisierungsempfindens einer Wiederaufnahme des Patienten in die Familie abwehrend gegenüberstehen, fand anhand unserer Stichprobe keine direkte Bestätigung.
Es zeigte sich jedoch ein signifikanter Zusammenhang bei der Berücksichtigung der Variable "Schulbildung".
Angehörige mit Volksschul- bzw. Hauptschulabschluß tendierten dazu, den Patienten so bald wie möglich nach Hause holen zu wollen ($p < .049$).

Auch der von BAER und HÄBERL (1975) beobachtete Trend, daß Angehörige kleinerer ländlicher Ortschaften eine erhöhte Verweigerungstendenz manifestieren, den Patienten wieder in den Familienkreis zu integrieren, konnte durch unsere Studie nicht bestätigt werden.
Allerdings muß an dieser Stelle darauf verwiesen werden, daß der überwiegende Teil unserer Angehörigenstichprobe aus Ortschaften bis zu 100.000 Einwohnern und mehr stammte und lediglich 14 % der Befragten aus ländlichen Gegenden mit weniger als 2.000 Einwohnern kamen, so daß die Feststellung BAER's (1975), daß der "Grad gebildeter Aufgeklärtheit umgekehrt proportional zur Schönheit der Landschaft zu sein scheint", für unsere Stichprobe nicht getroffen werden kann.

Ein Zusammenhang zwischen bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und der Bereitschaft zur Reintegration des Patienten zeigte sich lediglich im Hinblick auf die Merkmale "abasement" und "achievement".
Angehörige, mit einem eher gering ausgeprägtem Ausmaß an "abasement" und einem erhöhten Maß an "achievement" zeigten spontane Bereitwilligkeit zur Wiederaufnahme des Patienten ($p < .049$).
Es läßt sich vermuten, daß Familienmitglieder, die generell hohe Anforderungen an sich und ihre Leistungskapazitäten stellen und die sich gegenüber Kritik und Tadel, die von

außen an sie herangetragen werden, relativ gut abschirmen und zur Wehr setzen können, der Problematik der Reintegration optimistischer entgegensehen als Angehörige mit geringem Ausprägungsgrad bezüglich dieser Merkmale.

Ein Zusammenhang zwischen mangelnder Bereitschaft zur Wiederaufnahme des Ex-Patienten und dem antizipierten Stigmatisierungsverhalten seitens der Umwelt zeigte sich lediglich im Hinblick auf negative Erfahrungen, die man im näheren Verwandtschaftskreis gemacht hatte ($p < .049$). Und zwar war die Abwehr dort am intensivsten, wo die Verwandtschaft sich feindselig und distanziert verhielt.

Die Beobachtung, daß die Zustimmung zur weiteren Wohngemeinschaft mit dem Patienten - zumindest im Rahmen unserer Untersuchung - unabhängig von Meinungs- und Reaktionsmustern anderer Bezugsgruppen des weiteren sozialen Umfelds zu sein scheint, wird verständlich, wenn man die Furcht und Scheu der Angehörigen zur Thematisierung dieses Problemkreises außerhalb des Familien- und Verwandtschaftsverbands bedenkt. So zeigte es sich, daß die psychotische Erkrankung für 33 % der Angehörigen bei Nachbarn, 40 % der Kollegen und 33 % der Freunde und Bekannte kein Gesprächsthema war.
Dabei erscheint nicht nur die Sorge um die noch größer werdende Isolation diese Tendenz zur Verheimlichung zu verstärken, sondern auch die Furcht vor Prestigeverlust, wie auch die Äußerung eines Geschäftsmannes (Vater einer an einer paranoiden Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis leidenden jungen Frau) eindrucksvoll charakterisiert: "Das ist nicht allzu weit rausgegangen bei uns. Da haben wir die Hand vorgehalten. Zum einen bezweifle ich, ob die anderen für die Krankheit Verständnis hätten und warum sollen wir dem Mädchen schaden? Und zweitens ist es auch für das Geschäft nicht zuträglich, wenn sich so etwas herumspricht ..."

Diese Beobachtung entspricht den Untersuchungsergebnissen von YARROW et al. (1955) und SCHWARTZ (1956), die von Angehörigen

berichten, die, wenn die Gefahr zur "Enthüllung" der Krankheit bestand, - sei es bei Freunden oder bei Nachbarn - zu Notlügen wie "Erschöpfungszuständen" des Patienten griffen.

Die Bereitschaft zur Wiederaufnahme des kranken Familienmitgliedes scheint im Rahmen unserer Untersuchung unabhängig von den eigenen bereits erlebten positiven wie auch negativen Wochenenderfahrungen zu sein.
Es zeigte sich jedoch ein Zusammenhang zwischen der artikulierten Bereitwilligkeit zur Reintegration des Patienten und der Einstellung der übrigen Familienmitglieder zum Thema "Wochenendbesuche" ($p < .049$).
Dort, wo die Befragten die gesamte Familie verständnisvoll und akzeptierend erlebten, würden sie selbst auch eine baldige Entlassung des Patienten begrüßen.
Dieses Ergebnis erscheint plausibel, wenn man bedenkt, daß jede Krankheit für die gesamte Familie Schwierigkeiten mit sich bringt, insofern, als die Funktionen des kranken Familienmitgliedes zumindest kurzfristig von anderen übernommen werden müssen. Im Falle einer psychotischen Erkrankung sind die Probleme besonders gravierend und die Alltagsroutine wird empfindlich verletzt. Unter Umständen kommt es zu Rivalitäten unter den einzelnen Familienmitgliedern, wenn sie das Empfinden haben im Vergleich zum Patienten zu wenig Beachtung und emotionale Zuwendung zu bekommen. Die Äußerung einer Mutter eines an einer hebephrenen Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis leidenden jungen Mannes unterstreicht sehr eindrucksvoll diese Tendenz: "... wovor ich mich hüten muß, ist eine Bevorzugung C's. Als Mutter tendiert man ohnehin dazu, wie eine Glucke über dem kranken Kind zu hängen, aber das ist weder für den C. und seine ohnehin mangelnde Selbständigkeit von Vorteil noch für den A., der das auch sehr genau registriert und es mir auch sagt, wenn er das Gefühl hat, benachteiligt oder vernachlässigt zu werden."

Dort, wo man persönliche Schwierigkeiten im Umgang mit dem Patienten antizipierte, reagierten die Angehörigen ablehnend

und voller Skepsis auf eine baldige Entlassung des Patienten ($p < .009$).
Meist handelte es sich dabei um alleinstehende, berufstätige Angehörige, die sich der Doppelbelastung zu arbeiten und gleichzeitig den Patienten zu betreuen, nicht mehr gewachsen fühlten. So ist auch die Äußerung einer berufstätigen Mutter eines an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis leidenden Patienten zu verstehen, wenn sie sagt: "Nein, ich möchte ihn nicht wieder zu Hause haben. Ich habe inzwischen auch das Zimmer ganz anders eingerichtet. Ich hätte auch ständig Angst vor ihm. Immerhin hat er schon zweimal versucht, mich zu würgen. Und ich muß doch damit rechnen, daß das wieder passieren könnte. Ich hätte auch Angst, ihn alleine zu lassen, und durch die Berufstätigkeit muß ich das ja. Ich müßte immer denken, er würde etwas anstellen oder mir irgendwelche Leute in die Wohnung schleppen ..."

In weitaus größerem Maße jedoch zeigten sich die Angehörigen bereit zur Wiederaufnahme des Patienten, obwohl sie auch eine Reduzierung eigener Interessen und die Einschränkung bisheriger Sozialkontakte in Kauf nahmen ($p < .049$).

Die Sorge um eventuelle Einbußen des gesellschaftlichen Lebens wurde von mehreren Angehörigen ausgesprochen. Diese Bedenken waren zumeist getragen von der Furcht, daß das mitunter asoziale Verhalten des Patienten für das weitere soziale Umfeld nicht zumutbar sei. Nur vereinzelt kam es zu Äußerungen wie folgender: "Ich nehme ihn überall hin mit. Wenn er auch still bei Bekannten oder sonst irgendwo sitzt, hinterher sagt er mir, daß er es sehr nett gefunden habe. Also ist er doch innerlich mitgegangen, wenn er sich auch äußerlich noch nicht so mitteilen kann ..."

Die Einstellung mancher Angehöriger, die Patienten seien zu jeglicher Kommunikation oder Interaktion mit anderen unfähig, kommt vielfach durch Unwissenheit zustande, hat jedoch die

für den Patienten gefährliche Konsequenz, ihn in seiner "Inaktivitätsatrophie" zu belassen. Von hier aus ist der Weg zur ständigen Betreuungsbedürftigkeit und absoluter Abhängigkeit nicht mehr weit.

Auch in den Fällen, in denen die Angehörigen ein erneutes Rezidiv für möglich oder sogar sehr wahrscheinlich erachteten, war man zur Wiederaufnahme des Patienten in den Familienkreis bereit ($p < .049$).

Der von uns vermutete Zusammenhang zwischen einer eher positiv antizipierten Zukunftsperspektive und der Bereitschaft zur Wiederaufnahme des Patienten konnte anhand unserer Stichprobe bestätigt werden ($p < .049$).
Diese positive Tönung des Zukunftserlebens bezog sich dabei in erster Linie auf den Krankheitsverlauf und weniger auf die Beziehung zwischen dem Angehörigen und dem Patienten.

Diese Beobachtung könnte dadurch erklärt werden, daß es sich bei diesen Äußerungen um Angehörige von Patienten mit einer Erstmanifestation psychotischer Erkrankung handelte.

Wie auch JOHNSTON & PLANANSKY (1968) beschrieben, zeigten sich die Angehörigen zu Beginn der Erkrankung voller Hoffnung und Zuversicht in die Möglichkeiten der Pharmakotherapie und anderer therapeutischer Behandlungsmethoden, eine Tendenz, die bei zunehmender Chronifizierung der Krankheit drastisch ins Gegenteil umschlug.

Allerdings erfährt das Ergebnis dieser Studie eine gewisse Einschränkung dadurch, daß es sich ausschließlich um Ehefrauen psychotischer Patienten handelte.
Die Variable des Verwandtschaftsgrades wurde im Hinblick auf den soeben dargestellten Zusammenhang zwischen der Bereitschaft zur Reintegration des Ex-Patienten und der prospektiven Zukunftsperspektive in unserer Untersuchung nicht berücksichtigt.

3.6.2.4. Zur Bedeutung der Sorge um ein potentielles Rezidiv (vgl. Annahme 4)

Die Sorge um einen erneuten Krankheitsrückfall (157, 158) wird in ihrem Zusammenhang mit der Einschätzung des Patienten anhand des semantischen Differentials, mit der Ausprägung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale wie "endurance" und "nuturance" bei den Angehörigen, der Ursachenattribuierung der Erkrankung beim Patienten (43) und den bereits erlebten Wochenenderfahrungen (105, 106, 107) dargestellt und diskutiert.

Der von uns erwartete Zusammenhang zwischen einer eher pejorativen Beurteilung des Patienten und der Antizipation eines erneuten Rezidivs fand sich lediglich bezüglich der Merkmale "stark-schwach" ($p < .049$).
Angehörige, die das kranke Familienmitglied als schwach beurteilten, hielten ein erneutes Aufflackern der Symptomatik für möglich und sogar sehr wahrscheinlich. Vergleicht man diesen Befund mit den Beobachtungen von HÄBERL (1975) oder auch den Ergebnissen von BAER (1975) so deutet sich eine insgesamt eher behutsame Beurteilung des Patienten an.
Zusammenhänge zwischen Einschätzungen wie "unselbständig", "lahm", "traurig", "unberechenbar" und "unzuverlässig", wie sie in den Studien von BAER und HÄBERL bei der Beurteilung der Patienten durch ihre Angehörigen registriert wurden und der vermuteten Rückfallmöglichkeit fanden anhand unserer Stichprobe keine Bestätigung.

Daß gerade das Merkmal "schwach" in diesem Zusammenhang eine besondere Relevanz erfährt, erklärt sich durch die Sorge vieler Angehöriger um die erhebliche Beeinflußbarkeit des Patienten. Gerade diese Patienten wurden von ihren Angehörigen als sehr empfindsame und in sich gekehrte Personen geschildert, die in ihrer existentiellen Verankerung im Dasein leicht irritierbar sind und deren innerer Gleichklang durch lebenssituative Krisen und Belastungen erheblich ins Wanken

gebracht werden kann. So auch die Äußerung der Mutter eines an einer paranoiden Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis leidenden jungen Mannes: "Er war eigentlich immer schon ein sehr zartes und sensibles Kind. Ich habe ihn auch immer anders behandelt als seinen jüngeren Bruder. Was ich bei dem als richtig empfand, z.B. mal eine gehörige Strafpredigt war bei C. nicht angebracht. Wenn mir dann tatsächlich mal die Pferde bei ihm durchgingen, dann hat es mir hinterher immer sehr leid getan, weil er so in sich gekehrt war und man das Gefühl hatte, er verkraftet solche Ausbrüche nicht. Er nimmt sich solche Dinge sehr zu Herzen und redet sich nichts von der Leber ..."

Diese Beobachtung wird unterstrichen durch den Zusammenhang zwischen einer vermuteten Rückfallgefahr und der Krankheitsverursachung "seelische Belastung" und "zunehmende Isolation" beim kranken Familienmitglied ($p < .009$, bzw. $p < .049$).

Der Zusammenhang zwischen Erst- bzw. Zweitmanifestation der Erkrankung und einer vermuteten Rückfallgefahr verweist in die gleiche Richtung ($p < .049$).
Angehörige, die das kranke Familienmitglied als hoch sensibel, empfindsam und für Probleme und Konflikte, welcher Genese sie auch immer sein mögen, wenig belastbar erachten, bangen um die Stabilität seiner Position vor allem im außerfamiliären Bereich, wo ihm nicht immer mit Verständnis und aufopfernder Geduld begegnet wird, sondern wo er durch das zählt, was er leistet und wo menschliche Gefühls-Qualitäten wie Empfindsamkeit oder eine Tendenz zur Abkapselung und Isolation von anderen zugunsten eines reibungslosen Funktionierens, und der Fähigkeit zur Flexibilität im Erleben und Handeln vollkommen in den Hintergrund treten.

Der vermutete Zusammenhang zwischen einer Rückfallmöglichkeit einerseits und als belastend erlebten Wochenenden mit dem Patienten konnte durch unsere Untersuchung bestätigt werden ($p < .009$).

Die Angehörigen erlebten sich besonders während ihrer ersten Erfahrungen mit Wochenendbesuchen des Patienten recht hilflos. War es vor der stationären Behandlung die akut floride Symptomatik, die für die Angehörigen vor allem durch ihre Uneinfühlbarkeit bedrohlich und angstauslösend war, so war es nun die zum Teil durch die Psychopharmaka veränderte Persönlichkeit des Patienten, die sie erneut vor Probleme im Umgang mit ihm stellten.
Wie wichtig gerade während dieser Phase des behutsamen Wiedereinführens in den Familienkreis eine intensive Betreuung und Beratung der nächsten Familienmitglieder ist, wird durch die Äußerungen einiger Angehöriger deutlich, die in ihrer Ratlosigkeit und Unwissenheit die Medikation ohne vorherige Absprache mit dem behandelnden Arzt reduzierten und in einem Fall sogar völlig abgesetzt hatten.

Eine Interdependenz zwischen der Antizipation eines erneuten Rezidivs und der Ausprägung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale wie etwa "nuturance" oder "endurance" konnte anhand unserer Stichprobe nicht gefunden werden . Es zeigte sich jedoch ein Zusammenhang im Hinblick auf die Merkmale "aggression" ($p < .009$), "autonomy" ($p < .049$) und "dominance" ($p < .049$). Angehörige, die ein erhöhtes Ausmaß bezüglich dieser Charakteristika aufweisen, halten einen erneuten Krankheitsausbruch für sehr wahrscheinlich und würden sich ihm gewachsen fühlen.

3.6.2.5. Zur Bedeutung der Einschätzung einer gemeinsamen Zukunftsperspektive mit dem kranken Familienmitglied (vgl. Annahme 5)

Die Beurteilung einer gemeinsamen Zukunft mit dem Patienten (183 - 190) wird in ihrer Interdependenz mit der ärztlichen Diagnose (286), der Häufigkeit stationärer Behandlungen (287), dem Verwandtschaftsgrad des Angehörigen (1), dem Wohnort (205), der Ausprägung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale, den bereits erlebten Wochenenderfahrungen (105, 106), dem Erfahrungshintergrund mit dem weiteren sozialen Umfeld (138-145) und dem Ausmaß der anitzipierten persönlichen Belastungen (177 - 122) dargestellt und diskutiert.

Ein Zusammenhang zwischen der Diagnose "Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis" und einer eher pessimistischen Zukunftssicht konnte nicht gefunden werden.
Es wäre zu vermuten gewesen, daß Angehörige schizophrener Patienten, deren Krankheitsverlauf im Vergleich zu der einer endogenen Depression doch häufig chronisch oder chronisch-progredient ist und einer längeren zumindest ambulanten Betreuung bedarf und deren Hospitalisierungsdauer länger ist als im Falle einer endogenen Depression, die prospektive Zukunft mit dem kranken Familienmitglied als eher belastend einschätzen.

Sowohl im Krankheitsfalle einer endogenen Depression als auch im Falle einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erlebten sich die Angehörigen in einer weiteren Wohngemeinschaft mit dem Patienten als "positiv-fürsorgebereit" ($p < .049$).

Dieses Ergebnis erklärt sich einmal dadurch, daß es sich bei unserem Patientengut in fast der Hälfte der Fälle um eine Erst- bzw. Zweitmanifestation der Erkrankung handelte, einer Phase, in der die Angehörigen in Vertrauen auf die Möglichkeiten moderner psychiatrischer Behandlungsmethoden noch voller Optimismus und Zuversicht im Hinblick auf eine vollstän-

dige Genesung des Patienten sind.

Andererseits könnte die eher positiv erlebte Zukunftsperspektive der Angehörigen ein Indikator für die Verkennungstendenz der tatsächlichen Penetranz der Krankheit sein, die dem Angehörigen die notwendige Energie zum Durchhalten liefert. Die Äußerung einer Mutter eines an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis leidenden Patienten unterstreicht diese Beobachtung: "... ohne diese Hoffnung, diese innere Einstellung 'es wird wieder gut' kann man diese Dinge nicht durchstehen".

Der vermutete Zusammenhang zwischen wiederholter stationärer Behandlung und einer als eher pessimistisch und einschränkend erlebten Zukunftsperspektive konnte nicht bestätigt werden.
Wenngleich auch die Angehörigen - wie schon bei der Deskription der Ergebnisse des Explorationsleitfadens dargestellt - in fast abergläubiger Weise ausgesprochen vorsichtig und eher abwartend in die Zukunft blickten, so deutet sich doch ein Trend zur bereitwilligen Akzeptanz einer gemeinsamen Lebensgestaltung mit dem Patienten an, die - ungeachtet der Krankheitsschübe bzw. -phasen- und der Hospitalisierungsdauer als positiv-fürsorgebereit erlebt wurde ($p < .049$).

Stellvertretend sei die Äußerung einer Ehefrau eines an einer endogenen Depression leidenden Patienten angeführt: "Ich möchte den lieben Gott bitten, mich so lange leben zu lassen wie ihn, damit ich weiter für ihn sorgen kann. Wenn auch meine Kinder manchmal meinen, ich mute mir zuviel zu, so kann mir doch niemand ausreden, daß ich für meinen Mann sorgen will und kann. Und schließlich hänge ich ja auch an ihm ..."

Eine Beobachtung, die über die formulierte Annahme hinausgeht, jedoch in die gleiche Richtung weist, ist der Zusamenhang zwischen einer eher optimistischen Zukunftssicht im Sinne einer positiven Fürsorgebereitschaft und der Ablehnung einer

eigenen Wohnung für den Patienten nach seiner stationären Behandlung aus Gründen einer emotionalen Gebundenheit an ihn ($p < .049$).
Diese positive Fürsorgebereitschaft wurde am häufigsten männlichen Patienten entgegengebracht.
Es läßt sich vermuten, daß emotionale Hilfsbereitschaft und positive Fürsorgebereitschaft für Frauen in ihrem rollentheoretischen Selbstverständnis sowohl als Ehefrau als auch oder sogar in besonderer Weise als Mutter ihnen immanente Wesensmerkmale darstellen.

Diese Interpretation wird durch die Beobachtung erhärtet, daß sich vor allem Mütter in Bezug auf eine weitere Wohngemeinschaft mit dem Patienten als positiv fürsorgebereit erleben ($p < .049$).
Im Hinblick auf unsere Angehörigen-Stichprobe könnte dieser Befund allerdings insofern ein Artefakt sein, als die Verwandtschaftskategorie der Mütter mit 37 % überrepräsentiert ist.
So erstaunt es nicht, daß die weitere Zukunft mit dem kranken Familienmitglied nur von sehr wenigen Angehörigen "positiv-erfüllend" im Sinne eines Miteinander und des gegenseitigen geistigen wie emotionalen Austauschs beschrieben wurde.
Auf diesem Hintergrund sind auch die Äußerungen zweier Ehemänner von Patientinnen, die an einer paranoiden Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis leiden, zu sehen: "Ich sehe ein immer stärker werdendes emotionales Auseinanderleben. Wohin das letztlich führt, kann ich noch nicht sagen, aber doch wohl zu einer mehr oder weniger starken inneren Lösung, wobei mir immer mehr die Aufgabe gestellt ist, Fürsorge zu üben."

"Ich denke manchmal, daß ein Ende mit Schrecken besser wäre als ein Schrecken ohne Ende. Andererseits bleibt die Trennung von meiner Frau nur ein Gedankenspiel, denn ich käme mir schäbig vor, wenn ich sie jetzt, da sie mich braucht, im Stich lassen würde. Wir stehen ja auch nicht wie Feuer und

Wasser zueinander ..."

Ein u.E. interessanter Zusammenhang zeigte sich bezüglich des Merkmals "positive Fürsorgebereitschaft" im Hinblick auf eine weitere Wohngemeinschaft mit dem Patienten und der persönlichen Sicherheit im Falle eines Rezidivs aufgrund der bereits gesammelten Erfahrungen im Umgang mit dem Patienten ($p < .009$).

Umgekehrt zeigte sich eine skeptische Beurteilung der Zukunftsperspektive bei persönlicher Unsicherheit und antizipierter Überforderung bei einem erneuten Rückfall ($p < .049$). Die von den Angehörigen beschriebene Hilflosigkeit konzentrierte sich häufig um die Sorge nach adäquater Betreuung und Beratung, d.h. es wurden Klagen über mangelnde Information bezüglich der weiteren Behandlung nach der stationären Behandlung, aber auch Hilfe im akuten Notfall geäußert.

"Wichtig ist eben, daß man rechtzeitig, d.h. bevor die Schübe kommen und sich erste Anzeichen andeuten, weiß, an wen man sich wenden kann, und zwar möglichst an einen Arzt, der den Patienten kennt, den man ansprechen kann und nicht etwa den Hausarzt, der lediglich eine Einweisung ins Landeskrankenhaus schreibt, wo der Patient von anonymen Ärzten behandelt wird, viel zu schnell nach Hause entlassen und somit rasch rückfällig wird und aufs neue von wieder anderen behandelt wird. Das ist doch keine angemessene Behandlung psychisch kranker Menschen ..."

Ein Zusammenhang zwischen einer eher pessimistischen Zukunftssicht und der Herkunft von Angehörigen aus kleineren ländlichen Gegenden, so wie er von BAER & HÄBERL (1975) beobachtet wurde, konnte durch unsere Untersuchung nicht bestätigt werden. Aufgrund dieser Studien wäre zu vermuten gewesen, daß Angehörige psychiatrischer Patienten, die in kleineren Ortschaften leben, sich der Ablehnung des weiteren sozialen Umfeldes vermehrt ausgesetzt sehen, etwa weil die Umgebung un-

zureichend über psychische Erkrankungen informiert ist und / oder aufgrund dieser Unwissenheit abweichendem Verhalten mit Intoleranz und Abwehr begegnet. Diese negative Attitüde gegenüber dem Patienten könnte auf die gesamte Familie übertragen werden. Es muß an dieser Stelle jedoch wiederum darauf verwiesen werden, daß der überwiegende Teil unserer Angehörigen-Stichprobe aus größeren Ortschaften kommt und unsere Annahme von daher nicht bestätigt werden kann.

Ein völlig unerwarteter, für die praktische Arbeit mit den Angehörigen jedoch relevanter Zusammenhang ergab sich zwischen der Befürwortung einer eigenen Wohnung für den Patienten nach seiner stationären Behandlung und der Zugehörigkeit der Angehörigen zu einer bestimmten Bildungsschicht.
So zeigte es sich, daß Angehörige mit Volksschulabschluß eine eigene Wohnung für den Patienten vor allem aus Gründen emotionaler Gebundenheit an ihn ablehnten ($p < .049$).
Umgekehrt zeigte sich bei Angehörigen mit einem Gymnasialabschluß bzw. sogar absolviertem Hochschulstudium die Tendenz zur Befürwortung einer eigenen Wohnung mit der Argumentation, der Patient müsse so bald wie möglich Eigenständigkeit und Unabhängigkeit zurückgewinnen ($p < .049$).

Wie auch schon an anderer Stelle diskutiert wurde, so deutet sich hier die Sorge vor allem bei Angehörigen einer höheren Bildungsschicht an, die Position des Patienten im weiteren sozialen Bereich, vor allem im Berufsleben bliebe nicht lange unbesetzt. Andere Personen könnten an seine Stelle treten und seine Funktionen übernehmen. In diese Richtung verweist die Äußerung eines Vaters eines an einer paranoiden Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis leidenden Patienten: "Er weiß ja jetzt worauf es ankommt, nämlich sobald wie möglich wiederhergestellt zu sein, Eigeninitiative zu ergreifen, an sich zu arbeiten, damit er sobald wie möglich sein Studium wieder aufnehmen kann ..."

Hier wäre es ratsam, die Angehörigen auf eine mögliche Überforderung des Patienten hinzuweisen, wobei sie sicherlich auch darüber informiert werden sollten, welche Bereiche der Persönlichkeit trotz der ernsten Erkrankung intakt geblieben sind.

Eine Interdependenz zwischen einer hoffnungsvoll-optimistischen Zukunftssicht und der Ausprägung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale zeigte sich im Hinblick auf die Dimension "affiliation" ($p < .049$).

Eine Zukunftsperspektive, die durch die Tendenz zu positiver Fürsorgebereitschaft getönt war, ging einher mit einer erhöhten Ausprägung bezüglich des Merkmals "endurance" ($p < .049$), jedoch minimaler Ausprägung im Hinblick auf die Merkmale "harmavoidance" ($p < .009$) und "succorance" ($p < .009$).
Angehörige, deren Persönlichkeitsstruktur dadurch charakterisiert ist, daß schwierige und problematische Aufgaben einen erhöhten Aufforderungscharakter haben und die zu ihrer Bewältigung alle Kraft und Energie einsetzen, tendieren dazu, dem kranken Familienmitglied voll zur Seite zu stehen.
Bei der Realisierung ihrer Aufgaben zeigen sie sich unabhängig von den Meinungen und Ratschlägen der Umgebung und gehen ihren eigenen Weg, eine Tendenz, die dem Patienten gerade während der ersten Zeit nach der stationären Behandlung zugute kommt.

Ein Zusammenhang zwischen den bereits erlebten Wochenenderfahrungen mit dem Patienten und der Sicht einer weiteren Wohngemeinschaft mit ihm zeigte sich lediglich bei der Berücksichtigung der Einstellung der übrigen Familienmitglieder.
Dort, wo die Angehörigen eher wenig Verständnis für die Probleme des Patienten bei den anderen Familienmitgliedern vermuteten, sahen auch sie selbst einer gemeinsamen Zukunft mit ihm skeptisch entgegen ($p < .049$).

Für die Befragten selbst scheinen die Wochenenderfahrungen mit dem kranken Familienmitglied, in positiver, wie auch in negativer Hinsicht, keinen Einfluß auf die Beurteilung einer weiteren gemeinsamen Zukunft mit ihm zu haben.

Die Abhängigkeit der Angehörigen vom Meinungsbild und den Reaktionsweisen der Umgebung auf die psychotische Erkrankung des Patienten zeigt sich auch im Hinblick auf das weitere soziale Umfeld, d.h. bei der Berücksichtigung des weiteren Verwandtschaftskreises, der Nachbarn, Freunde und Bekannte. Dort, wo Verwandte, Freunde und Bekannte mit Verständnis und sogar aktiver Unterstützung bei der Bewältigung der Probleme, die sich der Familie durch das Krankheitsgeschehen stellten, reagierten, zeigten sich auch die Angehörigen sowohl im Hinblick auf den weiteren Krankheitsverlauf, als auch bezüglich der weiteren Beziehung zum Patienten hoffnungsvoll und garantierten auch weiterhin eine positive Fürsorgebereitschaft ($p < .049$).

Waren die Reaktionsweisen des weiteren sozialen Umfeldes eher durch negative Attitüden wie offener Ablehnung oder Distanzierung von der gesamten Familie des Patienten charakterisiert, so blickten auch die Angehörigen voller Skepsis in die weitere Zukunft mit dem Patienten ($p < .049$).

In den Fällen, in denen die Angehörigen den zwangsläufig bevorstehenden Rollenwechsel als vorrangiges Problem bei einer weiteren Wohngemeinschaft mit dem Patienten vortrugen, wurde die Zukunft unsicher und mit Skepsis vorweggenommen ($p < .049$).

Dieses Ergebnis erwies sich als unabhängig vom Verwandtschaftsgrad bzw. der Geschlechtszugehörigkeit der Angehörigen. Sowohl Ehemänner als auch Ehefrauen äußerten Zweifel, ob sie sich den zukünftigen Belastungen durch die Obernahme der Funktionen, die der Partner bis zum Ausbruch der Krankheit innehatte, gewachsen fühlen würden.

In die gleiche Richtung verweist der Zusammenhang zwischen einer als unsicher und problemreich erlebten Zukunftsperspektive und einer persönlichen Belastung durch den Umgang mit dem kranken Familienmitglied ($p < .049$).
Viele Angehörige äußerten sich ängstlich, da sie nicht wußten, was als nächstes auf sie zukommen würde.

3.7. Zusammenfassung und Ausblick

Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Erforschung der Sichtweise, mit der Angehörige ihr Verhältnis zu einem endogen psychotischen Patienten während seiner Rehabilitationsphase einer psychiatrsichen Behandlung erleben, das Studium ihrer Bereitschaft, den Ex-Patienten wieder in den Familienkreis zu integrieren, den damit für sie verbundenen Ängsten, Schwierigkeiten und Belastungen, sowie ihre Erwartungen an eine weitere Wohngemeinschaft mit ihm.

Der erste theoretische Teil informiert über das professionelle Verständnis von den endogenen Psychosen, sowohl in nosologischer, aetiologischer, symptomatologischer und therapeutisch-rehabilitativer Hinsicht.

Der zweite theoretische Abschnitt liefert einen Oberblick über Publikationen zum Problemkreis psychischer Erkrankungen in populärer Sicht. Dabei wurden sowohl die überwiegend angelsächsischen Forschungsergebnisse zur Beurteilung des psychisch Kranken in der Öffentlichkeit berücksichtigt, als auch die Studien, die seine Einschätzung im engen Familienverband zum Thema haben.

Der empirische Teil der Arbeit umfaßt neben der Darstellung der verwendeten Untersuchungsinstrumente, der Beschreibung des Patientenguts, sowie der Darstellung der Angehörigen-Stichprobe, eine ausführliche Erörterung der Fragenkomplexe zur Ätiologie, Diagnose, Therapie und Prognose psychiatrischer Erkrankungen, der Einstellung der Angehörigen zu den behandelnden Institutionen und deren therapeutischer Möglichkeiten und Grenzen, ihrem Erfahrungshintergrund im Umgang mit dem Patienten vor dem Ausbruch der Krankheit, den vermuteten Schwierigkeiten und Belastungen während der Reintegrationsphase in den Familienverband und die Tönung einer antizipierten weiteren Lebensgestaltung an der Seite des kranken Familienmitglieds.

Darüber hinaus wurden auf der Basis bisheriger Forschungsergebnisse zu diesem komplexen Problembereich und auch aufgrund des eigenen Erhebungsmaterials spezielle Annahmen abgeleitet und im einzelnen dargestellt und diskutiert.

Unsere Ergebnisse stützen sich auf eine Stichprobe von 52 Angehörigen endogen psychotischer Patienten, wobei es sich überwiegend um Erkrankungsformen aus dem schizophrenen Formenkreis handelte.
Um die Allgemeingültigkeit der vorliegenden Ergebnisse zu überprüfen, bedarf es ohne Zweifel weiterer Untersuchungen. Dennoch können die im Rahmen dieser Studie beobachteten Trends eventuell Anstöße sowohl für die weitere Erkundung des bislang noch unzureichend erforschten Gebietes der Sozialpsychiatrischen Problematik endogener Psychosen liefern, als auch unter Umständen einige Anregungen für die beratende Arbeit mit den Angehörigen dieser Patienten.

Die Angehörigen endogen psychotisch Kranker äußern durchweg Gefühle tiefgreifender Rat- und Hilflosigkeit und Überforderung. Eine wesentliche Quelle ihrer Unsicherheit scheint die mangelnde Kenntnis über die Krankheit selbst, deren Verlauf und die Beeinflussungsmöglichkeiten medikamentöser als auch menschlicher Hilfestellung zu sein. Ausreichende sachliche Beratung sowie eine kontinuierliche Ansprache- und Aussprachemöglichkeit der Angehörigen erscheinen hier erstrebenswert.

Berücksichtigt man die oft geäußerte Schamgrenze vieler Angehöriger hinsichtlich der vielfältigen Schwierigkeiten, so ließe sich daran denken, mittels eines kleinen Frageinventars festzustellen, in welchen Bereichen die familiäre Belastung je spezifisch gelagert ist, und um weitere Anregungen für die Aufklärung, Beratung und Betreuung der Angehörigen zu gewinnen.

Wichtige Hinweismomente auf dem Weg des Patienten aus der Klinik zurück in Familie und Gesellschaft ergeben sich auch

aus seiner Persönlichkeitsstruktur, so wie sie in den Augen der Angehörigen reflektiert wird.
Ergeben sich hier zu große Diskrepanzen zwischen der möglichen Position im Rollengefüge der Familie und der Persönlichkeit des Patienten, so sollte diese aus der Sicht der Rehabilitation bevorzugt berücksichtigt werden, ein Weg, der auch für die Angehörigen selbst als entlastend erlebt wird (z.B. die Unterbringung des Patienten in einem Wohnheim).

Bei allen Problemen, die sich den Patienten und deren Angehörigen auf dem schwierigen Weg zurück in die Familie stellen, ist es doch ergreifend, zu erfahren, welches Ausmaß an Fürsorgebereitschaft und Durchhaltevermögen auf Seiten der nächsten Anverwandten besteht.

Literaturverzeichnis

ABRAHAM, K.: Die psychosexuellen Differenzen der Hysterie und der Dementia praecox. Zentralblatt der Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1908, 31, 529

ALIVASATOS, G. und LYKETSOS, G.: A preliminary report of a research concerning the attitude of the families of hospitalized mental patients. International Journal of Social Psychiatry, 1964, 10, 37-44

ANGER, H.: Befragung und Erhebung. In C. GRAUMANN (Hrsg.) Handbuch der Psychologie (Bd. 7, 1.), Göttingen, Hogrefe, 1969, 567 - 618

ANGLEITNER, A., STUMPF, H. & WIECK, Th.: Die "Personality Research Form" von JACKSON: Konstruktion, bisheriger Forschungsstand und vorläufige Ergegnisse zur Äquivalenzprüfung einer deutschen Übersetzung. Wehrpsychologische Untersuchungen, 1976, 11 (Heft 3)

ANGLEITNER, A. & STUMPF, H.: Äquivalenz und Gütekriterien einer revidierten Übersetzung der "Personality Research Form" von JACKSON, Wehrpsychologische Untersuchungen, 1977, 12 (Heft 3)

ANGST, J.: Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Monograph. Gesamtg. Neurol. Psychiat., 1966, 112

ARNOLD, O.H.: Schizophrener Prozeß und schizophrene Symptomengesetze. Wien: Maudrich, 1954

AUCH, W.: Beeinflußt die Pharmakotherapie die Aufnahmeentwicklung, die stationäre Behandlungsdauer und den Verlauf endogener Psychosen? Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. 1963, 31, 548

BAER, R. & LEHRL, S.: Zyklothyme und ihre Angehörigen im gegenseitigen Urteil. Pharmacopsychiatrie, 1973, 8, 116 - 126

BAER, R.: Die sozialpsychiatrische Prognose der zyklothymen Depression. Stuttgart: Thieme, 1975

BARTON, R.: Institutional Neurosis. Bristol, 1959

BASTIDE, R.: Soziologie der Geisteskrankheiten. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1973

BATES, J.A.: Attitudes toward mental illness. Mental Hygiene 1968, 52, 250 - 253

BATESON, G. u. a.: Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie. In G. BATESON u. a.: Schizophrenie und Familie. Stuttgart: Suhrkamp, 1969, 11 - 43

BAUER, M. u. a.: Psychiatrie. Stuttgart: Thieme, 1973

BAYER, W. v.: Die Schranke zwischen den seelischen Abnormen und der Gesellschaft. Nervenarzt, 1951, 22, 35

BELLAK, L.: A multiple-factor psychosomatic theory of schizophrenia. Psychiatric Quarterly, 1949, 23, 738

BENEDETTI, G.: Klinische Psychotherapie. Stuttgart: Huber, 1964

BENEDETTI, G. & RAUCHFLEISCH, U.: Die Schizophrenie in unserer Gesellschaft. Forschungen zur Schizophrenielehre 1966-1972. Stuttgart: Thieme, 1975

BENNEY, C. & PECK, H.B.: The family as a factor in the rehabilitation of the mentally ill. Mental Hygiene, 1963, 47, 372 - 379

BENTZ, W.K. & EDGERTON, J.W.: The consequences of labeling a person as mentally ill. Social Psychiatry, 1971, 6, 29 - 33

BERNDT, H.: Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen. Familiendynamische Aspekte der Schizophrenieforschung. In A. MITSCHERLICH u.a. (Hrsg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1970, 454 - 482

BLEULER, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: Thieme, 1972

BOGARDUS, E.S.: Measuring social distances. Journal of Applied Sociology, 1925, 9, 299 - 308

BOLTE, K.M.: Berufsstruktur und Berufsmobilität. In K.M. BOLTE (Hrsg.), Beruf und Gesellschaft in Deutschland. Berufsstruktur und Berufsprobleme. Opladen, 1970, 156 - 161

BONHOEFFER, K.: Die symptomatischen Psychosen. Leipzig: Deuticke, 1910

BORD, R.: Rejection of the mentally ill: Continuities and further developments. Social Problems. 1971, 18, 496 - 509

BOSCH, G.: Psychotherapie und Soziotherapie. In M. v. CRANACH & A. FINZEN (Hrsg.), Sozialpsychiatrische Texte. Berlin: Springer, 1972, 79

BOSZORMENYI-NAGY, I. & FRAMO, J.L. (Hrsg.): Familientherapie. Theorie und Praxis. Reinbek: Rowohlt, 1975

BRILL, H.: The impact of psychotropic drugs on the structure, function and future of psychiatric services in hospitals. Neuro-Psychopharmacol. 1959, 1, 189

BROWN, G.W. & BIRLEY, J.L.T.: Social precipitants of severe psychiatric disorders. In E.H. HARE & J.K. WING (Eds.), Psychiatric epidemiology. London: Oxford University Press, 1970

BROWN, G.W., MONCK, E.M., CARSTAIRS, G.M. & WING, J.K.: The influence of familiy life on the course of schizophrenic disorders. 1962, British Journal of Preventive Social Medicine, 16, 55

BROWN, G.W., BONE, M., DALISON, B. & WING, J.K.: Schizophrenia and social care. London: Oxford University Press, 1966

BROWN, G.W., CARSTAIRS, G.M., MONCK, E.M. & WING, J.K.: The influence of family life on the course of schizophrenic illness. British Journal of Preventive and Social Medicine, 1962, 16, 55

BUMKE, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München: Bergmann, 1929

CERLETTI, U. & BINI, L.: L'ettroshock. Arch. Gen. Neurol. Psichiat. 1938, 19, 266

CHRISTE, P.: Evolution de la psychiatrie hospitalière: La clinique universitaire de Bâle de 1917 à 1956. Schweizer Archiv Neurol. Neurochir. Psychiat. 1960, 85, 213

CLAUSEN, J.A. & YARROW, M.R.: The impact of mental illness on the family. Journal of Social Issues, 1955, 6, 3 - 65

CLAUSEN, J.A. & YARROW, M.R.: Further observations and some implications. Journal of Social Issues, 1955, 11, 61-64

COTE, F., DANCEY, T.E. & SAUCIER, J.: Participation in institutional treatment by selected relatives. American Journal of Psychiatry, 1959, 110, 831 - 833

CREER, C. & WING, J.K.: Schizophrenia at home. National Schizophrenia Fellowship, 1974

CROCETTI, G. & LEMKAU, P.: Public opinion of psychiatric home care in an urban area. American Journal of Public Health, 1963, 53, 409 - 417

CROCETTI, G., SPIRO, H. & SIASSI, I.: Are the ranks closed? Attitudinal social distance and mental illness. American Journal of Psychiatry, 1971, 127, 1121 - 1127

CUMMING, J. & CUMMING, E.: Closed ranks. Cambridge: Harvard University Press, 1957

CUMMING, J. & CUMMING, E.: Two views of public attitudes toward mental illness. Mental Hygiene. 1959, 43, 211 - 221

CUMMING, J. & CUMMING, E.: On the stigma of mental illness. Community Mental Health Journal. 1965, 1, 135 - 143

DÄUMLING, A.M.: Psychologische Beratung und psychagogisch bzw. allgemein-psychotherapeutische Verfahren. In W.J. SCHRAML (Hrsg.), Klinische Psychologie. Stuttgart: Huber, 1970, 239

DAVIES, G.V.: Family relationship of elderly mental patients. Australien and New Zealand Journal of Psychiatry, 1968, 2, 264 - 271

DEGWITZ, R. u. a.: Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der WHO (ICD). Berlin: Springer, 1975

DEYKIN, E.: The reintegration of the chronic schizophrenic patient discharged to his family and community as perceived by the family. Mental Hygiene, 1961, 45, 235-246

DEYKIN, E., KLERMAN, G.L. & ARMOR, D.J.: The relatives of schizophrenic patients: Clinival judgments of potential emotional resourcefulness. American Journal of Orthopsychiatry, 1966, 36, 518 - 528

DIETSCH, P. & VOLK, W.: Endogene Störungen. In L.J. PONGRATZ & K.H. WEWETZER (Hrsg.), Handbuch der Psychologie (Bd. 8/1), Göttingen: Hogrefe, 1977, 255 - 329

DINITZ, S.: The posthospital psychological functioning of former mental hospital patients. Mental Hygiene, 1961, 45, 579 - 588

DOHRENWEND, B.P. & CHIN-SHONG, E.: Social Status and attitudes toward psychological disorder: The problem of tolerance of deviance. American Sociological Review, 1967, 32, 417

DOHRENWEND, B.P. & DOHRENWEND, B.S.: Social status and psychological disorder: a causal inquiry. New York: Wiley, 1969

DUDGEON, Y.: The social needs of the discharged mental hospital patient. International Journal of Social Psychiatry, 1964, 10, 45 - 56

ELLSWORTH, R.B.: A behavioral study of staff attitudes toward mental illness. Journal of Abnormal and Social Psychology 1965, 70, 194 - 200

ENGELMEIER, M.P.: Psychotherapie und Pharmakotherapie. Bericht über die 11. Psychiatertagung des Landschaftsverbandes Rheinland 1975 in Viersen. Köln 1977, 85

ENQUÊTE über die Lage der Psychiatrie in der BRD. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. Materialsammlung I, II. Bonn 1973

ERIKSON, D.: Patient role and social uncertainty: A dilemma of the Mentally Ill. Psychiatry, 1957, 20, 263

EVANS, A.S. & BULLARD, D.M.: The family as a potential resource in the rehabilitation of the chronic schizophrenic patient. Mental Hygiene, 1960, 44, 64 - 73

FARINA, A. & HOLZBERG, J.: Attitudes and behaviours of fathers and mothers of male schizophrenic patients. Journal of Abnormal Psychology, 1967, 72, 381-387

FARIS, R.E.L. & DUNHAM, H.W.: Mental disorders in urban areas. Chicago: University Press, 1939

FELDES, D. & BACH, O.: Grundsätzliches zur Angehörigengruppentherapie im Vergleich zu den Hypothesen der soziologischen und psychologischen Forschungsrichtungen der Schizophrenie und schizophrenieähnlichen Psychosen. Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie, 1970, 22, 321 - 328

FINZEN, A.: Arzt, Patient und Gesellschaft. Stuttgart: Fischer, 1969

FISCHER, M. u.a.: A Danish twin study of schizophrenia. 1969, British Journal of Psychiatry. 115, 981 - 990

FLORIN, I. & MEYER-OSTERKAMP, S.: Ansätze zur Verhaltenstherapie bei Schizophrenen. In C. KRAIKER (Hrsg.) Handbuch der Verhaltenstherapie. München: Kindler, 1974, 465

FOLKARD, St.: Comparative study of attitudes to the rehabilitation of psychiatric patients. British Journal of Preventive and Social Medicine, 1960, 14, 23 - 27

FOUDRAIN, J.: Schizophrenie und Familie. Überblick über die Literatur zur Ätiologie der Schizophrenie aus den Jahren 1956 - 1960. In G. BATESON u.a., Schizophrenie und Familie. Frankfurt: Suhrkamp, 1969, 305 - 342

FREEMAN, H.E. & SIMMONS, O.G.: Mental patients in the community: Family settings and performance levels. American Sociological Review. 1958, 23, 147 - 154

FREEMAN, H.E. & SIMMONS, O.G.: The social integration of former mental patients. International Journal of Social Psychiatry, 1959, 4, 264 - 271

FREEMAN, H.E. & SIMMONS, O.G.: Social class and posthospital performance levels. American Sociological Review, 1959, 24, 345

FREEMAN, H.E. & SIMMONS, O.G.: Consensus and coalition in the release of mental patients. Human Organization, 1961, 20, 81 - 89

FREEMAN, H.E. & SIMMONS, O.G.: Feelings of stigma among relatives of former mental patients. Social Problems, 1961, 8, 300 - 321

FREEMAN, H.E. & SIMMONS, O.G.: Treatment experiences of mental patients and their families. American Journal of Public Health, 1961, 51, 266 - 273

FREUD, S.: Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. G.W. VIII, 296, 1911

FREUDENBERG, R.K.: Das Anstaltssyndrom und seine Überwindung. Nervenarzt, 1962, 33, 165

FREYHAN, F.A.: Psychomotilität, extrapyramidale Syndrome und Wirkungsweisen neuroleptischer Therapien. Nervenarzt, 1957, 28, 504

FREYHAN, F.A.: The modern treatment of depressive disorders. American Journal of Psychiatry, 1960, 116, 1057

FRIED, M.: Social differences in mental health. In J. KOSA u.a. (Eds.), Poverty and health. Cambridge/Mass, 1969

GASTAGER, H. & SCHINDLER, R.: Rehabilitationstherapie bei Schizophrenen. Nervenarzt, 1961, 32, 368

GASTAGER, H.: Erfahrungen mit dem Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft in einer psychiatrischen Abteilung. Wiener Medizinische Wochenschrift, 1964, 18, 301

GASTAGER, H.: Die Rehabilitation des Schizophrenen. Beitrag zur Grundlagenforschung auf der Basis der multifaktoriellen Genese der Schizophrenie. Stuttgart: Huber, 1965

GLATZEL, J.: Endogene Depressionen. Stuttgart: Thieme, 1973

GLEISS, I., SEIDEL, R. & ABHOLZ, H.: Soziale Psychiatrie Stuttgart, Fischer, 1973

GORDON, H.L.: Mental patients wanting to stay in the hospital. Archives of General Psychiatry, 1961, 4, 124 - 130

GOVE, W.: Societal reaction as an explanation of mental illness: An evaluation. American Sociological Review, 1970, 35, 873 - 884

GOVE, W.R. & FAIN, R.: The stigma of mental hospitalization. Archives of General Psychiatry, 1973, 28, 494 - 500

GRAD, J. & SAINSBURY, P.: The effects that patients have on their families in a community care and a control psychiatric service: A two year follow-up. British Journal of Psychiatry, 1968, 114, 265 - 278

GRANT, W.B.: The patient nobody wants. Mental Hygiene, 1970, 54, 162 - 165

GRIESINGER, W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Braunschweig 1845

HAASE, H.J.: Therapie mit Psychopharmaka und anderen seelisches Befinden beeinflussenden Medikamenten. Stuttgart: Schattauer, 1977

HABERMAS, J.: Theorie der Sozialisation. Unveröff. Manuskript, Frankfurt 1968

HÄBERL, P.: Schizophrene und ihre Angehörigen im gegenseitigen Urteil. Med. Diss. Erlangen-Nürnberg, 1975

HÄFNER, H.: Ein sozialpsychologisch-psychodynamisches Modell als Grundlage für die Behandlung symptomarmer Prozeßschizophrenien. Sozialpsychiatrie, 1966, 1, 33, 88

HÄFNER, H. u.a.: Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965. Sozialpsychiatrie, 1969/70, 4/5, 126 - 135

HÄFNER, H.: Der Einfluß von Umweltfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie. Ein Beitrag über Forschungsergebnisse zur Frage der sozialen Ätiologie. Nervenarzt, 1971, 42, 557 - 568

HÄFNER, H.: Rehabilitation Schizophrener. Wissensstand, Folgerungen für die Praxis und für eine Theorie der Schizophrenie. In G. HUBER (Hrsg.), Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer, 1976, 265 - 282

HÄFNER, H.: Rehabilitation psychisch Behinderter unter besonderer Berücksichtigung der schizophrenen Erkrankten. In A.H. BECKER & L. REITER (Hrsg.), Psychotherapie als Denken und Handeln. München, Kindler, 1977

HÄFNER, H. & ZERSSEN, D.v.: Soziale Rehabilitation, ein integrierender Bestandteil psychiatrischer Therapie. Nerverarzt, 1964, 35, 242

HALPERT, H.P.: Surveys of public opinions and attitudes about mental illness. Public Health Reports, 1965, 80, 589

HALPERT, H.P.: Public acceptance of the mentally ill: An exploration of attitudes. Public Health Reports, 1969, 84, 59 - 64

HECKER, E.: Die Hebephrenie. Virchows Path. Anat. 1871.

HEINRICH, K.: Psychopharmaka in Klinik und Praxis. Stuttgart: Thieme, 1976

HEISCHMANN, H.: Die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch endogene Psychosen. Med. Diss. Erlangen, 1977

HINKLE, J.E. & IVEY, A.E.: Rural attitudes toward mental health. A brief report. Mental Hygiene, 1969, 53, 295 - 297

HIRSCH, S.R.: Die Versorgung schizophrener Patienten außerhalb des Krankenhauses: Forschungsergebnisse und Grundprinzipien. Nervenarzt, 1976, 47, 469 - 476

HESTON, L.L. & DENNEY, D.: Interactions between early life experience and biological factors in schizophrenia. In D. ROSENTHAL & S.S. KETY (Eds.), The transmission of schizophrenia. Oxford: Pergamon Press, 1968

HOENIG, J.: The schizophrenic patient at home. Acta Psychiatrica Scandinavia, 1974, 50, 297 - 308

HOFFMANN, N. (Hrsg.): Depressives Verhalten. Psychologische Modelle der Ätiologie und der Therapie. Salzburg: Müller, 1976

HOHM, H.: Berufliche Rehabilitation von psychisch Kranken. Weinheim: Beltz, 1977

HOLLINGSHEAD, A.B. & REDLICH, F.C.: Social class and mental illness. New York: Wiley, 1958

HUBER, G. (Hrsg.): Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer, 1973

HUBER, G.: Die coenästhetische Schizophrenie als ein Prägnanztyp schizophrener Erkrankungen. Acta Psychiatrica Scandinavia, 1971, 47, 349

HUBER, G.: Psychiatrie. Stuttgart: Schattauer, 1976

HUBER, H., GROSS, G. & SCHÖTTLER, R.: Konsequenzen der Verlaufsuntersuchungen für Therapie und Rehabilitation der Schizophrenien. In G. HUBER (Hrsg.), Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer, 1976, 111

IRLE, G. & PÖRKSEN, N.: Soziale Integration bei wieder und nicht wieder erkrankten Schizophrenen aus eigener Sicht. Nervenarzt, 1971, 42, 516 - 523

JACKSON, D.D.: Kritik der Literatur über die Erblichkeit von Schizophrenie. In G. BATESON u.a.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt: Suhrkamp, 1969, 343 - 420

JACKSON, D.N.: A modern strategy for personality assessment: The Personality Research Form (Research Bulletin N. 30). University of Western Ontario, 1966

JACKSON, D.N.: Manual for the Personality Research Form. Goshen: Research Psychologists Press, 1974

JAECKEL, M. & WIESER, St.: Studien zur "unsichtbaren Schranke" bei psychisch Kranken. Sozialpsychiatrie, 1967, 2, 100

JAECKEL , M. & WIESER, St.: Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit, Stuttgart: Thieme, 1970

JANZARIK, W.: Schizophrene Verläufe. Eine strukturdynamische Interpretation. Berlin: Springer, 1968

JOHANNSEN, W.J.: Attitudes toward mental patients. A review of empirical research. Mental Hygiene, 1969, 53, 218 - 228

JOHNSTON, R. & PLANANSKY, R.: Schizophrenia in men: the impact on their wives. Psychiatric Quarterly, 1968, 42, 146 - 155

JONAS, R., OBERDALHOFF, H.E. & SCHULZE, H.H.: Die Besuchsfrequenz an psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Krankenhäusern. Sozialpsychiatrie, 1969, 4, 69

JONES, M.: Social Psychiatry. A study of therapeutic communities. London: Tavistock, 1952

KAHLBAUM, K.: Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen. Danzig 1863

KAHLBAUM, K.: Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin: Hirschwald, 1874

KANIG, K.: Erforschung der biochemischen Grundlagen der Schizophrenien. In G. HUBER (Hrsg.), Ätiologie der Schizophrenien. Stuttgart: Schattauer, 1971

KANIG, K.: Neurochemie und Psychiatrie. In H. HELMCHEN & H. HIPPIUS, Entwicklungstendenzen biologischer Psychiatrie. Stuttgart: Thieme, 1975, 1 - 20

KAPLAN, A. & WOLF, L.: The role of the family in relation to the institutionalized mental patient. Mental Hygiene, 1954, 38, 637

KASANIN, J.: The acute schizo-affective psychoses. American Journal of Psychiatry, 1933, 13, 97 - 126

KATSCHNIG, H. (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1977

KAUFMANN, L.: Familie, Kommunikation, Psychose. Stuttgart: Huber, 1972

KAUFMANN, L.: Familientherapie von Schizophrenen. In H.E. RICHTER u.a. (Hrsg.), Familie und seelische Krankheiten. Reinbek: Rowohlt, 1976

KAYSER, H. u.a.: Gruppenarbeit in der Psychiatrie. Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft. Stuttgart: Thieme, 1973

KETY, S.S.u.a.: The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In D. ROSENTHAL & S.S. KETY (Eds.), The transmission of schizophrenia. Oxford: Pergamon Press, 1968³

KEUPP, H.: Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. Zur Soziogenese psychischer Störungen. München: Urban und Schwarzberg, 1972

KOESTER, H. & KLAGES, W. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie und Psychopharmakologie in ihrer Verpflechtung. Düsseldorf: Janssen, 1972

KOLLE, K.: Die endogenen Psychosen - das delphische Orakel der Psychiatrie. München: Lehmann, 1955

KORNHUBER, H.: Über Auslösung zyklothymer Depression durch seelische Erschütterungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 1962, 193, 391

KRAEPELIN, E.: Psychiatrie. Leipzig: Barth, 1896

KRAUSS, P.: Probleme der Angehörigen chronisch-seelischer Kranker. Nervenarzt, 1976, 47, 498 - 501

KRINGLEN, E.: An epidemiological-clinical twin study of schizophrenia. In D. ROSENTHAL & S.S. KETY (Eds.), The transmission of schizophrenia. Oxford: Pergamon Press, 1968

LAUTER, H.: Zum gegenwärtigen Stand der Lithium-Therapie. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1969, 94, 2512 - 2518

LEHR, U.: Diagnostische Erfahrungen aus explorativen Untersuchungen bei Erwachsenen. Psychologische Rundschau, 1964, 15, 97

LEONHARD, K.: Die Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin: Akademie Verlag, 1957

LEMKAU, P. & CROCETTI, G.: An urban population's opinion and knowledge about mental illness. American Journal of Psychiatry, 1962, 118, 692 - 700

LEWIS, V. & ZEICHNER, A.: Impact of admission to a mental hospital on the patient's family. Mental Hygiene, 1960, 44, 503

LIDZ, T. u.a.: Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe. In G. BATESON u.a., Schizophrenie und Familie. Stuttgart: Suhrkamp, 1969, 108 - 127

LINN, M.: Of wedding bells and apron strings: a study of relatives attitudes. Mental Hygiene, 1966, 50, 100 - 103

LOCH, W.: Anmerkungen zur Pathogenese und Metapsychologie einer schizophrenen Psyche, 1961, 15, 684

MARX, A.J. & LUDWIG, A.M.: Resurrection of the family of the chronic schizophrenic. American Journal of Psychotherapy, 1969, 23, 37 - 52

MATUSSEK, P. (Hrsg.): Psychotherapie schizophrener Psychosen. Hamburg: Hoffmann & Campe, 1976

MATUSSEK, P. & TRIEBL, A.: Die Wirksamkeit der Psychotherapie bei 44 Schizophrenen. Nervenarzt, 1974, 45, 569 - 575

MAYO, C., HAVELLOCK, R.G. & SIMPSON, D.L.: Attitudes toward mental illness among psychiatric patients and their wives. Journal of Clinical Psychology, 1971, 27, 128 - 132

MEDUNA, L.v.: Versuche über die biologische Beeinflussung des Ablaufes der Schzophrenie. Zeitschrift der gesammten Neurologie und Psychiatrie, 1935, 152, 235

MEYER, J.: Attitudes toward mental illness in a Maryland Community. Public Health Reports, 1964, 79, 769 - 772

MICHAELIS, W.D.: Methoden und Ergebnisse psychiatrischer Ökologie. In K. DÖRNER & V. PLOOG (Hrsg.), Sozialpsychiatrie. Neuwied: Luchterhand, 1972, 77 - 88

MISHLER, E.G. & WAXLER, N.E.: Family interaction and schizophrenia: Alternative framework of interpretation. In D. ROSENTHAL & S.S. KETY (Eds.), The transmission of schizophrenia. Oxford Pergamon Press, 1968

MOMBOUR, W.: Systematik psychischer Störungen. In L.J. PONGRATZ & K.H. WEWETZER (Hrsg.), Handbuch der Psychologie (Bd. 8/1), Göttingen: Hogrefe, 1977, 116 - 153

MONIZ, E. & LIMA, A.: Symptômes du lobe prêfrontal. Rev. Neurol., 1936, 65, 582

MÖHLBERG, W.: Die Erfassung psychischer Störungen durch Angehörige. Med. Diss. Erlangen, in Vorbereitung

MÖLLER, H.W., HAASE, H.-J., SCHEURLE, G. und BARTELT, I.: Vorläufige vergleichende statistische Untersuchungen zur stationären Behandlungsbedürftigkeit Schizophrener vor und nach Einführung der Neuroleptika (1950/51; 1960/61) im Landschaftsverband Rheinland. In K. HEINRICHS (Hrsg.), Der entlassene Anstaltspatient in der psychiatrischen Rehabilitation. Konstanz: Alma-Mater, 1966

MÖLLER, W.: Familie - Schule - Beruf. Analysen zur sozialen Mobilität und Statuszuweisung. Opladen 1975

MURRAY, H.A.: Explorations in personality. New York: Oxford Press, 1938

MYERS, J.K. & ROBERTS, B.H.: Family and class dynamics in mental illness. New York: Science Edition, 1964

NEUMANN, H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Erlangen: Enke, 1859

NUNNALLY, J.C.: Popular conceptions of mental health - their development and change, New York: Holt, Rinehard & Winston, 1961

OLSHANSKY, S.: Vocational rehabilitation and the ex-mental patient: Journal of Rehabilitation, 1960, 26, 17 - 19, 40 - 45

OSGOOD, C.E., SUCI, G.J. & TANNENBAUM, P.H.: The measurement of meaning. Urbana, Ill, Chicago, London: Univerity of Illinois Press

PALAZZOLI, M.S. u.a.: Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung. Stuttgart: Klett, 1977

PAROW, E.: Psychotisches Verhalten und Umwelt. Eine sozialpsychologische Untersuchung. Frankfurt: Suhrkamp, 1972

PAUL, N.L. & GROSSER, G.H.: Family resistance to change in schizophrenic patients. Family Process, 1964, 3, 377 - 401

PETTIT, L.: Attitudes of relatives of long-hospitalized mental patients regarding convalescent leave. Mental Hygiene, 1956, 40, 251 - 257

PERRIS, C.: A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Acta Psychiatrica Scandinavia, Supplement, 194, 1, 1966

PFLANZ, M.: Soziale Krankheitsfaktoren. In W.J. SCHRAML (Hrsg.), Klinische Psychologie (Bd. I.), Stuttgart: Huber, 1970, 27 - 45

PHILLIPS, D.: Rejection: A possible consequence of seeking help for mental disorders. American Sociological Review 1963, 28, 963 - 972

PHILLIPS, D.L.: Rejection of the mentally ill: The influence of behavior and sex. American Sociological Review, 1964, 29, 679 - 687

PHILLIPS, D.L.: Public identification and acceptance of the mentally ill. American Journal of Public Health, 1966, 56, 755 - 763

PLOEGER, A.: Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Stuttgart: Thieme, 1972

POLLIN, W. et al.: Psychopathology in 15, 909 pairs of veteran twins, evidence for a genetic factor in the pathogenesis of schizophrenia and its relative absence in psychoneurosis. American Journal of Psychiatry, 1969, 126, 597 - 609

POKORNY, A.D. & BENTINCK, C.: A study of relatives' views of state mental hospital patients. Social Casework, 1969, 50, 519 - 526

RABKIN, J.: Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. Schizophrenia Bulletin, 1974, 10, 9 - 33

RAMSEY, G.V. & SEIPP, M.: Attitudes and opinions concerning mental illness. Psychiatric Quarterly. 1948 b, 4, 397 - 406

RATTNER, J.: Wirklichkeit und Wahn: Das Wesen der schizophrenen Reaktion. Frankfurt: Fischer, 1976

RAWNSLEY, K. LOUDON, J.B. & MILES, H.L.: Attitudes of relatives to patients in mental hospitals. British Journal of Preventive and Social Medicine, 1962, 16, 1 - 15

REDLICH, F.C. & FREEDMAN, D.X.: Theorie und Praxis der Psychiatrie. Frankfurt: Suhrkamp, 1970

REDLICH, F.C. & HOLLINGSHEAD, A.B.: Social class differences in attitudes toward psychiatry. American Journal of Orthopsychiatry, 1955, 25, 60

ROGERS, C.R., GENDLIN, E., KIESLER, D. & TRUAX, C.: The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics. Madison: University Press, 1967

ROHDE, J.J.: Soziologie des Krankenhauses. Stuttgart: Enke, 1962

ROSE, Ch.L.: Relatives'attitudes and mental hospitalization. Mental Hygiene, 1959, 43, 194 - 203

ROSENTHAL, D. et al.: Schizophrenics offspring reared in adoption homes. In D. ROSENTHAL & S.S. KETY (Eds.), The transmission of schizophrenia. Oxford: Pergamon Press, 1968

ROOTMAN, I. & LAFAVE, H.: Are popular attitudes toward the mentally ill changing? American Journal of Psychiatry, 1969, 126, 261 - 265

SAKAMOTO, Y.: A study of the attitudes of Japanese families of schizophrenics toward their ill members. Psychotherapy and Psychosomatics, 1969, 17, 365 - 374

SAKEL, M.: Schizophreniebehandlung mittels Insulin-Hypoglykämie sowie hypoglykämischem Schock. Wiener Medizinische Wochenschrift. 1934, 1211

SAMPSON, H.: Family process and becoming a mental patient. American Journal of Sociology, 1962, 68, 88 - 95

SAMPSON, H., SHELDON, I.; MESSINGER, R. & TOWNE, R.D.: The mental hospital and marital family ties. Social Problems, 1960, 8, 140 - 155

SARBIN, T.R. & MANCUSO, J.C.: Paradigms and moral judgements: Improper conduct ist not disease. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1972, 39, 6 - 8

SCHEFF, T.T.: Mental Illness and Social Process, New York, 1967

SCHINDLER, R.: Ergebnisse und Erfolge der Gruppenpsychotherapie mit Schizophrenen nach den Methoden der Wiener Klinik. Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1958, 15, 250

SCHINDLER, R.: Bifokale Familientherapie. In H.E. RICHTER u.a. (Hrsg.), Familie und seelische Krankheit. Reinbek: Rowohlt, 1976, 216

SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie, Stuttgart: Thieme, 1966

SCHOU, M.: Lithium in psychiatric therapy. Psychopharmacol., 1960, 1, 65

SCHOU, M.: Die Lithiumprophylaxe bei manisch-depressiven Psychosen, Nervenarzt, 1971, 42, 1 - 10

SCHRODER, D. & EHRLICH, D.: Rejection by mental health professionals: A possible consequence of not seeking appropriate help for emotional disorders. Journal of Health and Social Behavior. 1968, 9, 222 - 232

SCHULTE, W.: Zur Wiedereingliederung seelisch Kranker und Abnormer in Beruf und Familie. Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie, 1963, 13, 209

SCHULTE, W.: Der seelisch Kranke und die heutige Gesellschaft. Therapiewoche, 1967, 17, 1533 - 1539

SCHULTE, W. & TÖLLE, R.: Psychiatrie. Berlin: Springer, 1977

SCHWARTZ, Ch.: The stigma of mental illness. Journal of Rehabilitation, 1956, 4, 7 - 31

SCHWARTZ, C.G.: Perspectives on deviance - wives'definitions of their husbands'mental illness. Psychiatry. 1957, 20, 275 - 291

SHEA, M.: Planning for psychotic patients at home. Social Casework, 1950, 31, 420 - 423

SHIELDS, J.: Heredity and psychological abnormality. In H.J. EYSENCK (Ed.), Handbook of abnormal psychology, London: Pitman, 1973

SIMON, H.: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Berlin: De Gruyter, 1929

SIMMONS, O.G. & FREEMAN, H.E.: Familial expectations and posthospital performance. Human Relations, 1959, 12, 233

SINGER, M.T. & WYNNE, L.C.: Thought disorder and family relations of schizophrenics. Archives of General Psychiatry, 1965, 12, 187 - 212

SINGER, M.T. & WYNNE, L.C.: Principles for scoring communication defects and deviances in parents of schizophrenics: Rorschach and TAT scoring manuals. Psychiatry, 1966, 29, 260 - 288

SMYTHIES, J.R.: Biologische Psychiatrie. Stuttgart: Thieme, 1970

SPITZER, St.P.: Determinants of the psychiatric patient career: Family reaction patterns and social work intervention. Social Service Review, 1971, 45, 74 - 85

SROLE, L.T. et al.: Mental health in metropolis: The midtown Manhatten study. New York, 1962

STAR, S.A.: The public's ideas about mental illness, Chicago: National Opinion Research Center, 1955 (hektogr.)

STEVENS, B.: Dependence of schizophrenic patients on elderly relatives. Psychological Medicine, 1972, 2, 17 - 32

STIERLIN, H.: Bericht über die Versammlung der American Psychiatric Association in Hawaii, Mai 1958, Psyche 1956/60, 13, 843

STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart: Klett, 1975

STRUENING, E.L. & COHEN, J.: Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1962, 64, 349 - 360

STUMME, W.: Psychische Erkrankungen - Im Urteil der Bevölkerung. Eine Kritik der Vorurteilsforschung. München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg, 1975

STUMPF, H. & BELOCH-TILL, H.: Eine Konvergenzuntersuchung zur deutschen Version der Personality Research Form von JACKSON, des 16 PF Tests nach CATTELL und des EPT nach EYSENCK. Wehrpsychologische Untersuchungen, Psychologisches Institut der Universität Bonn, 1979, 14 (Heft 4)

SULLWALD, L.: Symptome schizophrener Erkrankungen

SWANSON, R.M. & SPITZER, St.P.: Stigma and the psychiatric patient career. Journal of Health and Social Behavior, 1970, 11, 44 - 51

SWINGLE, P.S.: Relations' concepts of mental patients. Mental Hagiene, 1965, 49, 461 - 465

THOMAE, H.: Das Individuum und seine Welt. - Eine Persönlichkeitstheorie, Göttingen 1968

TREUDLEY, M.: Mental illness and family routines. Mental Hygiene. 1946, 30, 235

TRINGO, J.L.: The hierarchy of preference toward disability groups. Journal of Special Education, 1970, 4, 295 - 306

VAUGHN, C.E. & LEFF, J.P.: The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. British Journal of Psychiatry, 1976, 29, 125 - 137

WATZLAWICK, P. u.a.: Menschliche Kommunikation. Stuttgart: Huber, 1969

WEITBRECHT, H.J.: Psychiatrische Fehldiagnose in der Allgemeinpraxis. Fibel der Differentialdiagnostik. Stuttgart: Thieme, 1966

WEITBRECHT, H.J.: Psychiatrie im Grundriß, Berlin: Springer, 1968

WEITBRECHT, H.J.: Was heißt multikonditionale Betrachtungsweise bei den Schizophrenien? In G. HUBER (Hrsg.), Ätiologie der Schizophrenien. Stuttgart: Schattauer, 1971, 181 - 198

WHATLEY, C.D.: Sozial attitudes toward discharged mental patients. Social Problems, 1959, 4, 313 - 320

WIESER, St.: Isolation. Vom schwierigen Menschen zum hoffnungslosen Fall. Die soziale Karriere des psychisch Kranken. Hamburg: Rowohlt, 1973

WILDE, K.: Die Frage der Sicherheit in der psychologischen Diagnose. Psychologische Rundschau, 1949, 1, 50

WING, J.K. & BROWN, G.W.: Social treatment of chronic schizophrenia: a comparative study of three mental hospitals. Journal of Mental Sciences, 1961, 107, 861

WING, J.K. & BROWN, G.W.: Institutionalism and schizophrenia. A comparative study of three mental hospitals 1960 - 1968. London 1970

WING, J.K.: Soziotherapie, Rehabilitation und Managment schizophrener Patienten. In M.v. CRANACH & A. FINZEN (Hrsg.), Sozialpsychiatrische Texte. Berlin: Springer, 1972, 47

WINKLER, W.Th.: Mehrdimensionale Diagnostik in der Psychiatrie und Psychotherapie. In M. BERGENER (Hrsg.), "Mehrdimensionale Psychiatrie". Janssen Symposien, Düsseldorf: Janssen, 1978

WYNNE, L.C. u.a.: Pseudo-Gemeinschaft in den Familienbeziehungen von Schizophrenen. In G. BATESON u.a., Schizophrenie und Familie. Frankfurt: Suhrkamp, 1969, 44 - 80

ZEILINGER, G.: Zyklothyme und Schizophrene am Arbeitsplatz. Med. Diss., Erlangen, 1975

ZERBIN-RÜDIN, E.: Genetische Aspekte der endogenen Psychosen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. 1971, 39, 459

ZUK, G.H. & RUBINSTEIN, D.: Oberblick über Konzepte für die Untersuchung und Behandlung von Familien Schizophrener. In I. BOSZORMENYI-NAGY & J.L. FRAMO (Hrsg.), Familientherapie. Theorie und Praxis. Reinbek: Rowohlt, 1975, 20-50

Sehr geehrte Angehörige,

am Rheinischen Landeskrankenhaus Bonn wird zur Zeit eine Untersuchung durchgeführt, die sich mit der Wiedereingliederung psychisch Kranker in die Gesellschaft befaßt. Unser Interesse konzentriert sich dabei besonders auf die Probleme, die möglicherweise dann entstehen, wenn der als gesund Entlassene in die Familie zurückkehrt. In diesem Rahmen sind wir sehr daran interessiert, etwas über Ihre Aufgaben und Schwierigkeiten zu erfahren, denen Sie sich eventuell dabei ausgesetzt sehen.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich für ein Gespräch von ungefähr einer bis zwei Stunden Dauer zur Verfügung stellen könnten. Einen entsprechenden Termin bitte ich Sie mit dem Pflegepersonal auf der Station auszumachen.

Alle von Ihnen gemachten Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich Forschungszwecken, welche den Patienten einmal zugute kommen sollen. Ich bitte Sie in diesem Sinne um Verständnis und Mitarbeit und verbleibe mit freundlichen Grüßen

EXPLORATIONSLEITFADEN:

1. verwandtschaftlicher Grad des Angehörigen zum Patienten
2. Einlieferungsgrund
3. Häufigkeit der Einweisung
4. Wenn Sie einmal so an das denken, was Sie so täglich über das Lebensschicksal anderer Leute hören und lesen, haben Sie da eher den Eindruck, daß es im Vergleich zu früher "eher mehr", "eher weniger" oder "gleich viele" Menschen gibt, die psychisch krank sind?
   - Begründung
5. "Psychisch krank" hört man ja eher selten. Es gibt eine Anzahl von anderen Bezeichnungen, die so im alltäglichen Umgang gebraucht werden und die eigentlich das Gleiche meinen.
   - Fallen Ihnen dazu Wörter ein?
   - Und welche sind Ihnen noch bekannt?
6. Wie heißt denn die Krankheit, die Ihr Angehöriger hat?
7. Wie glauben Sie denn, denkt man im allgemeinen über psychisch kranke Menschen?
8. Lassen sich Ihrer Meinung nach psychische Erkrankungen eigentlich "sehr häufig", "häufig", "selten" oder "nie" heilen?
9. Welche Informationen hat man Ihnen denn gegeben bezüglich der Heilungsaussichten bei X?
   - Und wie glauben Sie persönlich sind die Heilungschancen?
10. Sind Sie schon einmal anderswo mit Erkrankungen in Berührung gekommen, wie X sie hat?

11. Wenn Sie einmal so darüber nachdenken, warum eigentlich manche Menschen psychisch krank werden, was glauben Sie käme da wohl als Krankheitsursache in Frage?

    1) nervliche und berufliche Überlastung

    2) Vererbung

    3) Stoffwechselstörungen

    4) unglückliche Familienverhältnisse

    5) Wechseljahre (Klimakterium)

    6) tiefgreifende Erlebnisse (Krieg, Tod, Unglück)

    7) Willensschwäche

    8) Kopf- und Hirnverletzungen

    9) ausschweifendes Leben

    Sagen Sie mir bitte, ob diese Dinge sehr häufig, häufig, selten oder nie als Grund für eine psychische Erkrankung in Frage kommen.

12. Welche dieser möglichen Krankheitsursachen kämen denn wohl im Falle Ihres Angehörigen zum tragen?

13. Was halten Sie denn von der Behandlung hier?

    Was finden Sie hier gut?

    Was gefällt Ihnen denn nicht ganz so gut?

    Was kommt Ihrer Meinung nach zu kurz?

14. Welchen Einfluß von Medikamenten haben Sie denn bei X feststellten können?

15. Sagen Sie mir doch bitte einmal alles, was Ihnen durch den Kopf geht, wenn Sie das Wort "Psychotherapie" hören.

    Was würden Sie damit in Verbindung bringen?

16. Wie ist denn Ihre persönliche Meinung zu psychotherapeutischer Behandlung?

    Was spricht dafür?

    Was spricht dagegen?

17. Gerade in der letzten Zeit spricht man im Zusammenhang mit psychiatrischer Versorgung immer mehr von der Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen in der Gesellschaft.

Wie ist Ihre persönliche Meinung dazu?

Was sollte Ihrer Meinung nach auf diesem Gebiet alles getan werden?

Woran fehlt es derzeit noch?

Was kommt zu kurz?

18. Wie ist es denn bezüglich der Wiedereingliederung in die Familie?

Was halten Sie davon, den ehemals psychisch Kranken in die alte Umgebung zurückzuführen?

Was spricht dafür?

Was spricht dagegen?

19. Würden Sie es für besser halten, wenn man für diese Menschen eigene Wohnheime bauen würde?

20. Zu diesem Prozeß der Wiedereingliederung gehört ja auch die berufliche Rehabilitation.

Wie glauben Sie, sollte man Ihrer Meinung nach da vorgehen?

Welche Schwierigkeiten gibt es dort?

Was kommt derzeit noch zu kurz?

21. Kommen wir nun einmal auf die Zeit vor Xs Erkrankung zu sprechen. Versuchen Sie sich doch bitte einmal an diese Zeit zurückzuerinnern.

Wie würden Sie denn da die Stellung von X in der Familie beschreiben?

22. Wie war denn sein Verhältnis zu den einzelnen Familienmitgliedern?

    An wen fühlte X sich denn am meisten gebunden?

    Und mit wem kam X nicht so gut aus?

23. Wie würden Sie denn Ihr persönliches Verhältnis zu X beschreiben?

24. Wenn Sie einmal an die gemeinsam verbrachte Freizeit denken: Was haben Sie denn da so alles unternommen?

    - gemeinsame Interessen
    - soz. Aktivitäten (Besuch von Kino, Theater etc.)
    - Besuch von und zu Freunden und Bekannten
    - Besuch von und zu Kollegen
    - Verhältnis zu den Nachbarn

25. Kommen wir nun einmal auf die berufliche Perspektive von X zu sprechen. Was hat X denn vor seiner Erkrankung werden wollen?

    Was hätten Sie denn gerne gehabt, was er werden soll?

    Aus welchen Gründen?

26. Bei psychischen Erkrankungen ist es ja doch etwas schwierig, einen genauen Beginn zu bestimmen. Wann haben Sie denn erste Anzeichen einer Erkrankung wahrgenommen?

    Wie hat sich die Krankheit geäußert?

27. Was ist denn damals in Ihnen vorgegangen?

    Was haben Sie dabei empfunden?

28. Was haben Sie damals getan?

    Wie haben Sie reagiert?

29. Wie finden Sie denn Ihr Verhalten rückblickend betrachtet?

    Wie würden Sie sich heute verhalten, wenn Sie in der damaligen Situation wären?

    Was würden Sie denn wohl anders machen?

30. Wenn Sie sich den Krankheitsbeginn noch einmal vor Augen führen, was würden Sie meinen hat Ihnen am meisten zu schaffen gemacht?

    Wie kommt das wohl?

31. An den Wochenenden ist X ja nun bei Ihnen zu Hause.

    Erzählen Sie mal, wie ist das denn so?

32. Wie finden Sie denn diese Einrichtung, den Angehörigen am Wochenende zu sich zu holen?

33. Und wie glauben Sie steht die übrige Familie dazu?

34. Angenommen, der behandelnde Arzt würde Ihnen mitteilen, Ihr Angehöriger sei soweit genesen, daß er nach Hause entlassen werden könnte. Was würden Sie dazu sagen?

35. Mit welchen Schwierigkeiten würden Sie denn eventuell rechnen?

    Falls nicht angesprochen:

    - Wohnsituation
    - finanzielle Belastung
    - Auskommen mit der übrigen Familie

36. Und wenn sie einmal an sich denken, an Ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen: Was käme denn da wohl zu kurz? Worauf müßten Sie denn möglicherweise verzichten?

    - Besuch von Kino und Theater

- Essen gehen
- Besuch von Freunden und Bekannten
- Kegelclub etc.

37. Wenn jemand aus der Familie für einige Zeit von zu Hause fort ist, dann kann es doch sein, daß die Familie aus dieser Distanz heraus eine andere Einstellung, ein anderes Verhältnis zu ihm gewinnt.

Wie ist das denn so bei Ihnen?

Welche Erfahrungen haben Sie denn da gemacht?

38. Und wie ist das Ihrer Meinung nach bei den übrigen Familienmitgliedern?

39. Was würde Sie denn wohl am meisten an X stören?

40. Worüber freuen Sie sich denn am meisten, seit es X wieder besser geht?

41. Wenn Sie einmal daran denken, wie sich die Tatsache, daß X an ... erkrankt ist und hier im LKH in stationärer Behandlung war, auf die Verwandtschaft auswirkt, was würden Sie da vermuten, glauben Sie, daß diese Tatsache die Verwandtschaft eher sehr stört oder eher weniger stört?

Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht?

42. Wenn Sie einmal daran denken, wie sich die Tatsache, daß X an ... erkrankt ist und hier im LKH in stationärer Behandlung war, auf die Nachbarn auswirkt, was würden Sie da vermuten, glauben Sie, daß diese Tatsache die Nachbarn eher sehr stört oder eher weniger stört?

Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht?

43. Wenn Sie einmal daran denken, wie sich die Tatsache, daß X an ... erkrankt ist und hier im LKH in stationärer Behandlung war, auf die Arbeitskollegen auswirkt, was würden Sie da vermuten, glauben Sie, daß diese Tatsache die Arbeitskollegen eher sehr stört oder eher weniger stört?

Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht?

44. Es ist ja doch im allgemeinen so, daß man Freunde hat, auf die man sich in jeder Beziehung 100 %ig verlassen kann, denen man auch persönliche Probleme anvertrauen kann und sie mit ihnen besprechen kann und solche, die einen, wenn man Probleme hat und sie braucht im Stich lassen. Welche Erfahrungen haben Sie denn da so gemacht,

wenn Sie einmal an den Krankheitsbeginn von X und seine Einweisung hierher denken.

45. Kommen wir noch einmal auf die berufliche Zukunft von X zu sprechen.

Welche Möglichkeiten sehen Sie da zukünftig für X?

Was möchten Sie gerne, was er beruflich machen soll?

Welche Pläne hat X denn selber?

Was glauben Sie, könnten Sie für X tun?

Welche Probleme kämen da auf Sie zu?

46. Nehmen wir einmal an, X wäre an irgend einem Tag anders als sonst.

Was würde da so in Ihnen vorgehen? Woran würden Sie denken?

Was würden Sie wohl tun?

47. Halten Sie es wohl für möglich, daß X noch einmal krank werden könnte?

Wenn ja, warum wohl?

Wenn nein, warum wohl nicht?

48. Was würden Sie im Falle einer Rückfälligkeit tun?

49. An wen würden Sie sich gegebenenfalls um Hilfe wenden?

50. Würden Sie sich der Situation gewachsen fühlen?

51. Was würden Sie davon halten, wenn X nach seiner Entlassung nicht zu Ihnen zurück, sondern in eine eigene Wohnung ziehen würde?

Welche Vorteile hätte das für Sie?

Welche Probleme wären damit für Sie verbunden?

52. Welche Vorteile hätte das wohl Ihrer Meinung nach für X?

    Und welche Probleme wären damit für X verbunden?

53. Glauben Sie, daß eine solche Trennung von zu Hause Probleme beseitigen hilft oder eher neue schafft?

54. Wie sehen Sie denn so die gemeinsame Zukunft?

ANHANG C

Frage	Var.	Code	Kategorie
1	1	1	Vater
		2	Mutter
		3	Ehemann
		4	Ehefrau
		5	Verlobter
		6	Bruder
		7	Tochter
		8	Schwester
		9	Schwager / Schwägerin
		0	sonstiges
2	2		Verhaltensweisen
2	2	1	aggressiv/explosiv/frech
2	2	2	unzusammenhängendes/sinnloses Sprechen
2	2	3	Umherirren / ziellose Hyperaktivität
2	2	4	abnormes / absonderliches Verhalten
		5	resignativ / Verhaltensleere
		6	Schlaflosigkeit
2	3		Gefühle / Zuständlichkeiten
2	3	1	Beeinflussungsvorstellungen / Gefährdungsgefühle / Verfolgungswahn
2	3	2	Wahnvorstellungen / Halluzinationen
		3	Depressionen, bzw. depressive Verstimmungen
		4	Angstzustände
		5	Erregtheit / Unruhe
		6	Desorientierung / Konzentrationslosigkeit / Verwirrtheitszustände
		7	Nervenzusammenbruch

Frage	Var.	Code	Kategorie
2	4		Selbstmord
2	4	1	Selbstmordversuch
		2	selbstmordgefährdet (aufgrund berichteter Aussagen des Patienten)
		3	selbstmordgefährdet (aufgrund Einschätzung des Angehörigen
			Häufigkeit der Einweisung
3	5	1	zum 1. Mal
		2	zum 2. Mal
		3	zum 3. Mal
		4	zum 4. Mal
		5	zum 5. Mal
		6	zum 6. Mal
		7	zum 7. Mal
		8	zum 8. Mal
		9	9 Mal und häufiger
			Auftretenshäufigkeit psychischer Erkrankungen
4	6	1	eher mehr
		2	eher weniger
		3	gleichbleibend
		0	weiß nicht
			Veränderungsgründe
4	7		Stress / Hektik (durch äußere Umstände z.B. Beruf & Verkehr)
4	7	1	ja
		^	K. A.

Frage	Var.	Code	Veränderungsgründe
4	8		ungesunde Lebensführung
4	8	1	ja
		^	K. A.
4	9		seelische Belastungen (durch gestörte Familienstruktur einschließlich Erziehungsstile)
4	9	1	ja
		^	K. A.
4	10		Isolierung / Vereinzelung / Sinnleere / Kommunikation
4	10	1	ja
		^	K. A.
4	11		Forschritte der medizinischen Wissenschaft
4	11	1	ja
		^	K. A.
4	12		Aufklärung der Bevölkerung (durch MM)
4	12	1	ja
		^	K. A.
5	13		Krankheitsnamen
5	13		Schizophrenie
5	13	1	ja
		^	K. A.
		0	weiß nicht

Frage	Var.	Code	Krankheitsnamen
5	14		Depression
5	14	1	ja
		^	K. A.
5	15		Neurose
5	15	1	ja
		^	K. A.
5	16		Hysterie
5	16	1	ja
		^	K. A.
5	17		Epilepsie
5	17	1	ja
		^	K. A.
5	18		Mongolismus
5	18	1	ja
		^	K. A.
5	19		Psychosen (endogene / exogene)
5	19	1	ja
		^	K. A.
5	20		Phobien / Ängste
5	20	1	ja
		^	K. A.

Frage	Var.	Code	Krankheitsnamen
5	21		Idiotie
5	21	1	ja
		^	K. A.
5	22		Vorstellung vom psychisch Kranken
5	22	1	positiv / verständnisvoll
5	22	2	negativ / abwehrend / diffamierend
5	22	3	deskriptiv / neutral
5	22	0	weiß nicht
6	23		Krankheitsbezeichnung
6	23	1	Schizophrenie
		2	Depression
		3	Psychose (endogene / exogene)
		4	Verfolgungswahn
		5	Arteriosklerose / Verkalkung
		6	Angstgefühle
		0	weiß nicht
7	24		Beurteilung der Bevölkerung
7	24	1	positiv / verständnisvoll
		2	negativ / abwehrend / diffamierend
		3	differenziert / aufgeklärt
		4	abwehrend / verdrängend
		5	teils / teils
		0	weiß nicht

Frage	Var.	Code	
8	25		Häufigkeit der Heilung
8	25	1	gar nicht
		2	selten
		3	häufig
		4	sehr häufig
		5	teils / teils / differenziert
		0	weiß nicht
9	26		Information über Heilung
9	26	1	günstig
		2	teils / teils / unsicher
		3	ungünstig
		4	weiß nicht (noch nicht gefragt)
		5	weiß nicht, weil noch keine endgültige Diagnose
		0	weiß nicht
9	27		eigene Einschätzung
9	27	1	günstig / hoffnungsvoll
		2	teils / teils / skeptisch
		3	ungünstig / hoffnungslos
		0	weiß nicht
10			sonstiger Kontakt mit psych. Erkrankungen
10	28		Familie / Verwandtschaft
		1	ja
		^	K. Ä.
		0	weiß nicht
10	29		Freunde / Bekannte / Kollegen
		1	ja
		^	K. Ä.

Frage	Var.	Code	
10	30		selbst
		1	ja
		^	K. A.
10	31		Massenmedien / Fachliteratur
		1	ja
		^	K. A.
10	32		Krieg / Militär
		1	ja
		^	K. A.
10	33		Arbeit in der Psychiatrie
		1	ja
		^	K. A.
11	34		nervliche u. berufliche Überlastung
		1	gar nicht
		2	selten
		3	häufig
		4	sehr häufig
		0	weiß nicht
11	35		Vererbung
		1	gar nicht
		2	selten
		3	häufig
		4	sehr häufig
		0	weiß nicht

Frage	Var.	Code	Krankheitsursachen
11	36		Stoffwechselstörungen
		1	gar nicht
		2	selten
		3	häufig
		4	sehr häufig
		0	weiß nicht
11	37		unglückliche Familienverhältnisse
		1	gar nicht
		2	selten
		3	häufig
		4	sehr häufig
		0	weiß nicht
11	38		Wechseljahre / Klimakterium
		1	gar nicht
		2	selten
		3	häufig
		4	sehr häufig
		0	weiß nicht
11	39		tiefgreifende Erlebnisse (Krieg, Tod, Unglück)
		1	gar nicht
		2	selten
		3	häufig
		4	sehr häufig
		0	weiß nicht

Frage	Var.	Code	Krankheitsursachen
11	40		Willensschwäche
		1	gar nicht
		2	selten
		3	häufig
		4	sehr häufig
		0	weiß nicht
11	41		Kopf- und Hirnverletzungen
		1	gar nicht
		2	selten
		3	häufig
		4	sehr häufig
		0	weiß nicht
11	42		ausschweifendes Leben
		1	gar nicht
		2	selten
		3	häufig
		4	sehr häufig
		0	weiß nicht
12	43		Ursachen beim eigenen Angehörigen
		1	nervliche u. berufliche Überlastung
		2	Vererbung
		3	Stoffwechselstörungen
		4	unglückliche Familienverhältnisse
		5	biologische Krisenzeiten und Verletzungen
		6	tiefgreifende Erlebnisse
		7	Willensschwäche
		8	ausschweifendes, unruhiges Leben
		9	differenzierte Äußerung
		0	weiß nicht

Frage	Var.	Code	
13	44		Beurteilung der Behandlung (allgem.)
		1	schlecht
		2	teils / teils
		3	gut
		4	weiß nicht: kann ich nicht beurteilen: zutrauen
		5	weiß nicht: kann ich nicht beurteilen: zweifelnd
13	45		Begründung der Beurteilung
		1	Umstände der Einweisung
		2	Art der Unterbringung
		3	ungenügende Betreuung
		4	ungenügende Nachsorge
		0	weiß nicht
14	46		Wirkung der Medikamente
		1	negativ
		2	positiv
		3	teils / teils
		4	keine
		0	weiß nicht
14	47		eigene Einstellung zu medikamentöser Behandlung
		1	negativ
		2	positiv
		3	ambivalent
		0	weiß nicht

Frage	Var.	Code	
15	48		Psychotherapie
		1	uninformiert
		2	etwas informiert
		3	differenziert
		0	weiß nicht
16	49		Einstellung zu psychotherapeutischer Behandlung
		1	negativ
		2	positiv
		3	ambivalent
		0	weiß nicht
17	50		Rehabilitation
		1	wichtig / muß sein / selbstverständlich
		2	wichtig, aber schwierig
		3	zwecklos, sinnlos
		0	weiß nicht
17	51		Nachbetreuung (Beantwortung nur bei ausdrücklicher Nennung)
		1	ja
		^	K. A.
		0	weiß nicht
17	52		Beratungshilfe für die Angehörigen
		1	ja
		^	k. A.
		0	weiß nicht

Frage	Var.	Code	
17	53		Hilfe zur beruflichen Eingliederung bzw. Umschulung
		1	ja
		^	k. A.
		0	weiß nicht
17	54		finanzielle Unterstützung
		1	ja
		^	k. A.
		0	weiß nicht
17	55		Vorurteile abbauen, Aufklärung betreiben
		1	ja
		^	k. A.
		0	weiß nicht
17	56		Vorbereitung auf das Leben draußen (Psychotherapie u. rehabilitative Maßnahmen)
		1	ja
		^	k. A
		0	weiß nicht
18	57		Patienten zu Hause
		1	negativ
		2	positiv
		3	ambivalent
		4	differenzierte Betrachtung: situationsabhängig
		0	weiß nicht

Frage	Var.	Code	
19	58		Wohnheim
		1	echte Alternative
		2	Notlösung
		3	vorübergehende Alternative (Durchgangsphase)
		4	keine Alternative
		0	weiß nicht
20	59		Berufl. Rehabilitation: Probleme schlechte Arbeitsmarktlage, daher Zurückweisung von Problemfällen
		1	ja
		^	k. Ä.
		0	weiß nicht
20	60		Vermeidung von Überforderung, daher behutsame Reh.
		1	ja
		^	k. Ä.
		0	weiß nicht
20	61		allg. Aufklärung u. Abbau von Vorurteilen (Bevölkerung, Kollegen, Arbeitgeber)
		1	ja
		^	k. Ä.
		0	weiß nicht

Frage	Var.	Code	
20	62		Umschulungsmaßnahmen
		1	ja
		^	k. A.
		0	weiß nicht
20	63		finanzielle Unterstützung
		1	ja
		^	k. A.
		0	weiß nicht
20	64		intensive Kooperation zw. Klinik, Arbeitsamt u. sonstigen Institutionen
		1	ja
		^	k. A.
		0	weiß nicht
20	65		Motivierung des Patienten
		1	ja
		^	k. A.
		0	weiß nicht
21/ 22	66		Stellung i. d. Familie vor der Erkrankung
		1	positiv / integriert
		2	neutral / unauffällig
		3	distanziert / ablehnend
		4	problematisch
		5	teils / teils
		0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
23	67	67		eigene Einstellung zum Angehörigen
			1	positiv, liebevoll, zugewandt
			2	neutral / unauffällig
			3	distanziert / ablehnend
			4	gespannt / problematisch
			5	ambivalent, teils / teils
			0	weiß nicht
24	68	68		gemeinsame Hobbies / Interessen
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
24	69	69		Kino / Theater / Tanzen
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
24	70	70		Reisen / Ausflüge
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
24	71	71		Verwandte / Freunde / Bekannte Kollegen / Nachbarn
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
25	72	72		Übereinstimmung / Berufswahl
			1	ja
			2	nein
			0	weiß nicht
26	73	73		erste Anzeichen der Erkrankung
26	73	73		Verhaltensweisen
			1	aggressiv/explosiv/frech
			2	unzusammenhängendes/sinnloses Sprechen
			3	Umherirren, ziellose Hyperaktivität
			4	abnormes, absonderliches Verhalten
			5	resignativ/ Verhaltensleere
			6	Schlaflosigkeit
26	74	74		Gefühle/Zuständlichkeiten
			1	Gefährdungsgefühle/Verfolgungswahn
			2	Wahnvorstellungen/Halluzinationen
			3	Depression, bzw. depressive Verstimmungen
			4	Angstzustände
			5	Erregtheit, Unruhe
			6	Desorientierung/Konzentrationslosigkeit/Verwirrtheitszustände
			7	Nervenzusammenbruch
27	75	75		Verwirrung/Erschrecken/Bestürzung
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
27	76	1		hilflos / ratlos / verunsichert
		2	1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
27	77	2		traurig / bekümmert / deprimiert
			1	ja
			^	k. A
			0	weiß nicht
27	78	3		Angst (vor Patient u. dessen Unberechenbarkeit)
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
27	79	4		Wut / Verärgerung
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
27	80	5		Mitleid / Anteilnahme
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
27	81	6		Nicht Bemerken: aus Unwissenheit
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
27	82	7		Nicht-wahrhalben-wollen
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
27	83	8		Erleichterung durch Beendigung der unklaren, belastenden Situation
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
28	84	9		positive verbale und emotionale Zuwendung
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
28	85	10		ablenken, auf andere Gedanken bringen
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
28	86	11		abwarten, beobachten
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
28	87	12		medizin. u. ärztl. Betreuung, einschließl. sonstiger Beratung
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
28	88	13		bagatellisieren; nicht ernst nehmen
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
28	89	14		sich lustig machen, auslachen
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
28	90	15		schimpfen, zurechtweisen
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
28	91	16		schlagen
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
28	92	17		Zwangseinweisung beantragen/ entmündigen
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
29	93	18		Verhalten rückblickend betrachtet
			1	angemessen
			2	weniger gut, aber entschuldigend
			3	schlecht
			4	ausweichende Antwort
			0	weiß nicht
29	94	19		Verhaltensweisen
			1	direkt Hilfe holen / Klinik, Arzt
			2	Medikamente geben
			3	mehr persönliche Zuwendung / Anerkennung, Lob
			4	Ruhe bewahren / Erkenntnis der Situation
			5	genauso wie damals
			6	sich selbst prüfen
			7	andere Klinik wählen
			8	weniger Nachgiebigkeit, mehr Konsequenz und Härte
			9	den Angehörigen verlassen
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
30	95	20		Selbstmordversuch
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
30	96	21		Aggressivität (verbale und nicht verbale)
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
30	97	22		Unberechenbarkeit / Ungewißheit
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
30	98	23		Unzugänglichkeit / Verschlossenheit
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
30	99	24		Interessen- & Teilnahmslosigkeit
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
30	100	25		eigene Rat- u. Hilflosigkeit
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
30	101	26		Auswirkung auf andere Familienmitglieder
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
30	102	27		Existenzsorgen / wie soll es weitergehn
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
30	103	28		veränderte Persönlichkeit / äußere Erscheinung
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht
30	104	29		äußere Begleitumstände der Einweisung
			1	ja
			^	k. A.
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
31	105	30		Wochenendbesuche
			1	wie immer, so als ob nichts gewesen wäre
			2	positiv / gemütlich
			3	schwierig, aber es geht (unter bestimmten Bedingungen)
			4	eher negativ / unangenehm
			5	unerträglich
			6	noch keine Erfahrung
32	106	31		Einstellung zu Wochenendbesuchen, aneinander gewöhnen
			1	Kontakt zur Familie / Freunden
			2	Wiedereingliederung ins alltägliche Leben
			3	zur Unterstützung der stationären Behandlung
			4	Überforderung des Patienten
			5	Überforderung der Familie
			6	teils/teils / nur unter bestimmten Bedingungen
			0	weiß nicht
33	107	32		Einstellung der übrigen Familienmitglieder
			1	verständnisvoll / unterstützend freuen sich
			2	skeptisch/distanziert/befremdet
			3	teils / teils
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
34	108	33		Patient für immer nach Hause
			1	so bald wie möglich
			2	Zustimmung / Freude
			3	moralische Verpflichtung / selbstverständlich
			4	Skepsis
			5	Ablehnung durch die Familie oder Teile der Familie
			6	Ablehnung durch den Befragten selbst
			7	Ablehnung seitens des Patienten
			8	teils/teils / unter bestimmten Bedingungen
35	109	34		Schwierigkeiten
				Rollentausch (Hausmann)
			1	ja
			^	k. A.
35	110	35		persönl. Schwierigkeiten im Umgang mit dem Patienten:
				Belastung
			1	ja
			^	k. A.
35	111	36		Sorge um Reaktion der Familienmitglieder
			1	ja
			^	k. A.

Frage	Var.	Spalte	Code	
35	112	37		Furcht vor Reaktion der Umwelt
			1	ja
			^	k. A.
35	113	38		Furcht vor Berufsperspektive: Beschäftigungslosigkeit
			1	ja
			^	k. A.
35	114	39		Furcht vor schlechtem Umgang: Beeinflussungsgefahr
			1	ja
			^	k. A.
35	115	40		Furcht vor Rückfall: Hilflosigkeit
			1	ja
			^	k. A.
35	116	41		keine Schwierigkeiten
			1	ja
			^	k. A.
36	117	42		Reduzierung eigener Hobbies: Interessen, Reisen usw.
			1	ja
			^	k. A.

Frage	Var.	Spalte	Code	
36	118	43		Einschränkung sozialer Aktivitäten: Freunde, Bekannte uws.
			1	ja
			^	k. A.
36	119	44		Angst, den Angehörigen alleine zu lassen
			1	ja
			^	k. A.
			2	nein
36	120	45		Veränderung der persönl. Beziehung (nebeneinander nicht mehr miteinander)
			1	ja
			^	k. A.
36	121	46		Veränderung eigener Verhaltensweisen und Einstellungen (mehr Lob, Zuwendung)
			1	ja
			^	k. A.
36	122	47		Keine Einschränkung
			1	ja
			^	k. A.

Frage	Var.	Spalte	Code	
37	123	48		Verhältnis zum Patienten
			1	gleich: Krankheit hat daran nichts geändert
			2	Veränderung des Angehörigen
			3	Veränderung des Befragten
			4	Veränderung von beiden Seiten
			0	weiß nicht
37	124	49		Art der Veränderung
			1	besser (wohlwollender, aufgeschlossener
			2	entfremdet, distanziert
			3	schlechter (mißtrauisch, skeptisch)
			4	gleich
			0	weiß nicht
38	125	50		Verhältnis der übrigen Familienmitglieder zum Angehörigen
			1	gleich: Krankheit hat daran nichts geändert
			2	Veränderung des Angehörigen
			3	Veränderung der Familienmitglieder
			4	Veränderung von beiden Seiten aus
			0	weiß nicht
38	126	51		Art der Veränderung
			1	besser (wohlwollender, aufgeschlossener)
			2	entfremdet, distanziert
			3	schlechter (mißtrauisch, skeptisch
			4	gleich
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
39	127	52		Störende Aspekte beim Angehörigen
				nichts, wie immer; als ob nichts gewesen wäre
			1	ja
			^	k. A.
39	128	53		äußere Erscheinung
			1	ja
			^	k. A.
39	129	54		Verhaltensaspekte: als Folge der Medikamente
			1	ja
			^	k. A.
39	130	55		Verhaltensaspekte: als Reste der Krankheit
			1	ja
			^	k. A.
40	131	56		Freude über Besserung: Gründe dafür
				wieder gesund; wie immer
			1	ja
			^	k. A.
40	132	57		es geht bergauf; Angehöriger macht Fortschritte
			1	ja
			^	k. A.

Frage	Var.	Spalte	Code	
40	133	58		aktiver, interessierter, eigene Initiative
			1	ja
			^	k. A.
40	134	59		bessere Beziehung; man kann wieder mit dem Angehörigen reden
			1	ja
			^	k. A.
40	135	60		keine Aggressivität mehr
			1	ja
			^	k. A.
40	136	61		daß ihm hier so gut geholfen wurde
			1	ja
			^	k. A.
40	137	62		keine Freude, weil noch keine Besserung
			1	ja
			^	k. A.
41	138	63		globale Einstellung der Verwandtschaft zum Angehörigen und dessen Erkrankung
			1	negativ
			2	positiv
			3	ambivalent
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
41	139	64		Aspekte der Einstellung
			1	Verständnis / Anteilnahme
			2	aktive Unterstützung
			3	Neugier / Sensationslust
			4	Rückzug / Distanz
			5	versteckte Feindseligkeit
			6	offene Ablehnung / Diffamierung
			7	Ignoranz / Interessenlosigkeit / Nicht wahrhaben wollen
			8	unterschiedliche Reaktionen innerhalb der Verwandtschaft
			9	möchte das Thema bei der Verwandtschaft nicht anscheiden
			0	weiß nicht
42	140	65		globale Einstellung der Nachbarschaft zum Angehörigen und dessen Erkrankung
			1	negativ
			2	positiv
			3	ambivalent
			0	weiß nicht
42	141	66		Aspekte der Einstellung
			1	Verständnis / Anteilnahme
			2	aktive Unterstützung
			3	Neugier / Sensationslust
			4	Rückzug / Distanz
			5	versteckte Feindseligkeit
			6	offene Ablehnung / Diffamierung
			7	Ignoranz / Interessenlosigkeit
			8	unterschiedliche Reaktionen innerhalb der Nachbarschaft
			9	möchte das Thema bei der Nachbarschaft nicht anschneiden
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
43	142	67		globale Einstellung der Arbeitskollegen zum Angehörigen und dessen Erkrankung
			1	negativ
			2	positiv
			3	ambivalent
			0	weiß nicht
43	143	68		Aspekte der Einstellung
			1	Verständnis / Anteilnahme
			2	aktive Unterstützung
			3	Neugier / Sensationslust
			4	Rückzug / Distanz
			5	versteckte Feindseligkeit
			6	offene Ablehnung / Diffamierung
			7	Ignoranz / Interessenlosigkeit
			8	unterschiedl. Reaktionen bei den Arbeitskollegen
			9	möchte das Thema bei den Arbeitskollegen nicht anschneiden
			0	weiß nicht
44	144	69		globale Einstellung von Freunden und Bekannten zum Angehörigen und dessen Erkrankung
			1	negativ
			2	positiv
			3	ambivalent
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
44	145	70		Aspekte der Einstellung
			1	Verständnis / Anteilnahme
			2	aktive Unterstützung
			3	Neugier / Sensationslust
			4	Rückzug / Distanz
			5	versteckte Feindseligkeit
			6	offene Ablehnung / Diffamierung
			7	Ignoranz / Interessenlosigkeit
			8	unterschiedl. Reaktionen bei Freunden und Bekannten
			9	möchte das Thema bei Freunden und Bekannten nicht anschneiden
			0	weiß nicht
45	146	71		Berufliche Rehabilitation des Angehörigen
			1	Wiederaufnahme des alten Arbeitsplatzes / Fortführung des Berufs- & (Aus)bildungsweges
			2	Wechsel des Arbeitsplatzes im selben Beruf
			3	Umschulung oder Schulwechsel/ Berufswechsel mit geringeren Anforderungen
			4	Skepsis, geringe Chancen überhaupt wieder arbeitsfähig zu werden / Aufgabe der Beschäftigung
			5	Rat- und Hilflosigkeit / selbst noch nicht wissen
			6	kommt auf (die Entwicklung des) Angehörigen an
			7	Suche nach einer zufriedenstellenden Beschäftigung
			8	entfällt, da nicht berufstätig
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
46	147	72		Auffällige Verhaltensweisen des Angehörigen zu Hause: Gedanken
			1	ja
			^	k. A.
46	148	73		Angst vor Rückfall, Mißtrauen, Sorge
			1	ja
			^	k. A.
46	149	74		auslösende Ursachen suchen (Familie, Arbeit, Medikamente, eigenes Verhalten)
			1	ja
			^	k. A.
46	150	75		Reaktionen (Verhalten) abwarten, beobachten
			1	ja
			^	k. A.
46	151	1 3		mit Angehörigen sprechen / Zuwendung zeigen
			1	ja
			^	k. A.
46	152	2		Familienangehörige zu Rate ziehen
			1	ja
			^	k. A.

Frage	Var.	Spalte	Code	
46	153	3		Hausarzt zu Rate ziehen
			1	ja
			^	k. A.
46	154	4		Facharzt zu Rate ziehen
			1	ja
			^	k. A.
46	155	5		ins Krankenhaus bringen
			1	ja
			^	k. A.
46	156	6		Zwangseinweisung veranlassen
			1	ja
			^	k. A.
47	157	7		Rückfallmöglichkeit
			1	ja, sicher
			2	bestimmt nicht
			3	ja oder nein / unter bestimmten Bedingungen
			0	weiß nicht
47	158	8		Gründe dafür
			1	ärztliche Information / oder andere Information
			2	eigene Erfahrung
			3	Unwägbarkeit des Krankheitsbildes
			4	Nachsorge, geregeltes Leben usw.
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
48/ 49	159	9		Maßnahmen bei Rückfall abwarten, beobachten
			1	ja
			^	k. A.
48/ 49	160	10		mit Angehörigem sprechen / Zuwendung zeigen
			1	ja
			^	k. A.
48/ 49	161	11		Familienangehörige / Bekannte zu Rate ziehen
			1	ja
			^	k. A.
48/ 49	162	12		Hausarzt zu Rate ziehen
			1	ja
			^	k. A.
48/ 49	163	13		Facharzt zu Rate ziehen
			1	ja
			^	k. A.
48/ 49	164	14		ins Krankenhaus bringen
			1	ja
			^	k. A.

Frage	Var.	Spalte	Code	
50	165	15		Verhaltenssicherheit bei Rückfall
			1	ja
			2	nein
			3	unter bestimmten Bedingungen
			0	weiß nicht
50	166	16		Gründe
			1	allgemeine persönliche Ruhe & Sicherheit
			2	vermehrte Sicherheit durch Erfahrung
			3	Beherrschtheit / Durchhalten aus Pflichtgefühl
			4	Unsicherheit durch persönliche Oberforderung
51	167	17		Eigene Wohnung nach Entlassung: Vorteile für den Patienten
				Selbstfindung; Selbständigkeit gewinnen
			1	ja
			^	k. A.
51	168	18		Selbständigkeit gewöhnt, hat eigene Wohnung
			1	ja
			^	k. A.
51	169	19		Distanz zur Vergangenheit
			1	ja
			^	k. A.

Frage	Var.	Spalte	Code	
51	170	20		Nachteile für Patienten
				persönliche Überforderung
			1	ja
			^	k. A.
51	171	21		soziale Isolierung (neg. Beeinflussung)
			1	ja
			^	k. A.
51	172	22		keine finanzielle Hilfe
			1	ja
			^	k. A.
52	173	23		Auseinandersetzung mit eigener Wohnung aus der Sicht des Angehörigen
				Aneinanderhängen / Vermissen
			1	ja
			^	k. A.
52	174	24		Verantwortungsabschub / -befreiung
			1	ja
			^	k. A.
52	175	25		Persönliche / zeitliche Entlastung
			1	ja
			^	k. A.

Frage	Var.	Spalte	Code	
52	176	26		Unsicherheit / mangelnde Kontrolle / Sorge
			1	ja
			^	k. A.
52	177	27		moralische Verpflichtung zur Aufnahme
			1	ja
			^	k. A.
53	178	28		gemeinsam geht's besser / Unterstützung durch die Familie
			1	ja
			^	k. A.
53	179	29		Notwendigkeit der eigenen Auseinandersetzung / Lernen der Unabhängigkeit
			1	ja
			^	k. A.
53	180	30		Entschärfung des Konfliktpotentials, wenn die Krankheit in der Familie begründet ist
			1	ja
			^	k. A.
53	181	31		Krankheitsabhängig / wenn es dem Patienten hilft - Trennung
			1	ja
			^	k. A.

Frage	Var.	Spalte	Code	
53	182	32		Krankheitsabhängig / wenn sonst die Familie zu sehr leidet - Trennung
			1	ja
			^	k. A.
54	183	33		Zukunft
				hoffnungsvoll/positiv: Krankheitsverlauf
			1	ja
			^	k. A.
54	184	34		positiv/erfüllend: Beziehung: Patient - Angehöriger
			1	ja
			^	k. A.
54	185	35		positiv/fürsorgebereit: Beziehung: Patient - Angehöriger
			1	ja
			^	k. A.
54	186	36		skeptisch/negativ: Krankheitsverlauf
			1	ja
			^	k. A.

Frage	Var.	Spalte	Code	
54	187	37		Zukunft skeptisch / negativ: Beziehung: Patient - Angehöriger
			1	ja
			^	k. A.
54	188	38		unsicher / offen: Krankheitsverlauf
			1	ja
			^	k. A.
54	189	39		unsicher / offen: Beziehung: Patient - Angehöriger
			1	ja
			^	k. A.
54	190	40		keine gemeinsame Zukunft
			1	ja
			^	k. A.
13	191	41		Begründung der Beurteilung: positiv
			1	Zufriedenheit mit der Behandlung
			2	Zufriedenheit mit dem Personal
			3	Zufriedenheit mit der Art der Unterbringung
			0	weiß nicht

Frage	Var.	Spalte	Code	
24	192	42		keine gemeinsamen Interessen oder Berührungspunkte
			1	ja
			^	k. A.
30	193	43		Tatsache der Krankheit selber
			1	ja
			^	k. A.
51	194	44		keine Vorteile: Patient
			1	ja
			^	k. A.
51	195	45		keine Nachteile: Patient
			1	ja
			^	k. A.
52	196	46		keine Vorteile: Angehöriger
			1	ja
			^	k. A.
52	197	47		keine Nachteile: Angehöriger
			1	ja
			^	k. A.

PERSONALITY RESEARCH FORM - Form BB -

Anweisung:

Es folgen eine Reihe von Aussagen, wie man sie bei einer Selbstbeschreibung vielleicht machen würde. Lesen Sie jede Aussage durch und überlegen Sie, ob die Aussage für Sie zutrifft oder nicht. Dann notieren Sie Ihre Meinung auf dem lose beigefügten Antwortblatt.

Wenn Sie der Aussage zustimmen oder meinen, daß die Aussage auf Sie zutrifft, dann lautet Ihre Antwort RICHTIG. Wenn Sie der Aussage nicht zustimmen oder meinen, daß die Aussage nicht auf Sie zutrifft, dann wählen Sie die Antwort FALSCH.

Beim Eintragen Ihrer Antworten achten Sie immer darauf, daß das Antwortkästchen dieselbe Nummer hat wie die Aussage, um die es gerade geht.

Geben Sie für jede Aussage RICHTIG oder FALSCH als Antwort an, auch wenn Sie sich nicht ganz sicher für die Antwort entscheiden können.

1. Wenn jemand mich in einem Gedränge anrempelt, bitte ich meist um Entschuldigung.
2. Als Kind habe ich für manches, was ich bekam, lange gearbeitet.
3. Oft bin ich lieber allein als in einer Gruppe von Freunden.
4. Es kommt schon mal vor, daß ich in Wut gerate, wenn alles nicht so läuft, wie ich es mir vorstelle.
5. Lieber komme ich meinem Nachbarn in jeder Hinsicht entgegen, als in eine einsame Gegend zu ziehen.
6. Im großen und ganzen bin ich allen neuen Gedanken aufgeschlossen, ganz gleich worum es geht.
7. Wenn ich mit einem Arzt rede, ist es mir lieber, er sagt mir einfach, was ich tun soll, statt meinem Problem ausführlich nachzugehen.
8. Leute, die mich zurechtweisen, lasse ich Recht behalten oder ich nehme keine Kenntnis davon, statt mit ihnen zu streiten.
9. Ich würde gern als Geschäftsführer Einfluß auf andere haben.
10. Wenn sich erhebliche Schwierigkeiten bei einer Sache ergeben, die ich mir vorgenommen habe, arbeite ich nicht mehr daran und beschäftige mich nicht weiter mit dem Problem.
11. Es schüchtert mich kaum ein, im Mittelpunkt zu stehen.
12. Die übliche Achterbahn ist mir zu zahm.
13. Manchmal habe ich andere durch eine unüberlegte Bemerkung unabsichtlich verletzt.
14. Ich halte es für eine Zeitverschwendung, anderen zu helfen.
15. Ich achte darauf, Kleidungsstücke zu tragen, die aufeinander abgestimmt sind.

16. Ich vertrödele meine Zeit nicht mit belanglosen Spielen.

17. Ich empfinde frische, glatte Bettücher als richtig wohltuend.

18. Ich muß gestehen, die wahrscheinliche Beurteilung meines Verhaltens durch andere in Erwägung zu ziehen, bevor ich handele.

19. Ich mag nicht bedient werden.

20. Der Fortschritt in der Raumfahrttechnik läßt mich kalt.

21. Letztes Jahr bin ich mehrmals auf der Titelseite einer sehr verbreiteten Nachrichtenzeitschrift abgebildet worden.

22. Ich verhalte mich meistens vernünftig.

23. Ich würde nie absichtlich die Aufmerksamkeit auf eigene Schwächen lenken.

24. Die vielen zusätzlichen Arbeitsstunden, die man aufbringen muß, um eine Aufgabe vollkommen richtig zu erledigen, lohnen sich einfach nicht.

25. Wenn jemand mir einen Gefallen tut, möchte ich ihn gern erwidern.

26. Ich fluche ganz selten.

27. Die meisten Sachen mache ich lieber vollständig.

28. Jedesmal, wenn ich auswärts essen gehe, besuche ich mein Lieblingslokal.

29. Ich versuche oft an Hand meiner bisherigen Erfahrung vorauszusagen, was sich künftig ereignen wird.

30. Ich wehre mich, wenn jemand auf mir "herumhackt".

31. Es behagt mir nicht, anderen sagen zu müssen, was sie tun sollen.

32. Wenn ich weiß, daß eine Aufgabe innerhalb kurzer Zeit zu Ende geführt werden muß, dann arbeite ich in einem durch bis sie erledigt ist.

33. Ich würde mich nie trauen, jemandem einen bösen Streich zu spielen.

34. Ich halte es für leichtsinnig, eine Wette einzugehen, die möglicherweise zu einem Unfall führt.

35. Meine Gefühle verleiten mich selten zu unüberlegten Handlungen.

36. Es ist mir sehr wichtig, anderen zu zeigen, daß ich an ihren Problemen Anteil nehme.

37. Auch wenn ich mir eine Einkaufsliste schreiben würde, würde ich den Zettel zu guter Letzt wahrscheinlich doch verlieren.

38. Ich lasse mich gern unterhalten.

39. Wenn ich drinnen bin, fällt mir das Plätschern des Regens selten auf.

40. Ich mache mir keine besonderen Gedanken über meinen Ruf.

41. Mir ist es wichtig zu wissen, daß meine Gefühle auch anderen etwas bedeuten.

42. Als Kind habe ich alles nachforschen wollen.

43. Ich sehe manchmal Autos in meiner Wohngegend.

44. Ich neige zu einer recht nervösen, gereizten Verfassung.

45. Oft sind andere für etwas gelobt worden, was eigentlich mein Verdienst war, aber ich habe, um nicht unhöflich zu erscheinen, nichts gesagt.

46. Selbst dann, wenn andere das Endprodukt nicht sehen werden, versuche ich alles tadellos hinzukriegen.

47. Ich glaube, daß Ruhm einen mehr befriedigt als Freundschaft.

48. Ich mache kein Geheimnis daraus, wenn ich verärgert bin.

49. Wenn ich in einer Krisensituation bin, suche ich sofort Rat und Hilfe.

50. Es wird mir schnell langweilig, wenn ich die immer wieder anfallenden Aufgaben nciht jedes Mal abwandeln kann.

51. Eine Situation, die ich nicht gleich einordnen kann, stört mich weiter nicht.

52. Ich habe nichts dagegen, wenn man mich in Anwesenheit anderer auf einen Fehler aufmerksam macht.

53. Die Fähigkeit, andere führen zu können, halte ich für eine ausgesprochen wichtige Eigenschaft.

54. Sachen, die ich einmal angefangen habe, lasse ich öfter mitten drin wieder fallen.

55. Auf einer Party findet man mich bestimmt nicht im Hintergrund.

56. Mir sagt eine gefährliche Lebensart zu.

57. Mir macht es Spaß, etwas aus Jux und Tollerei zu tun.

58. Ich finde Kinder lästig, weil sie so viel Pflege verlangen.

59. Wenn es um das Kofferpacken geht, mache ich meistens alles ganz systematisch.

60. Ehrlich gesagt macht es mir keinen besonderen Spaß, abends auszugehen.

61. Musik zu hören gefällt mir ungemein gut.

62. Wenn ich eingeladen bin, ziehe ich etwas an, was den anderen Gästen gefallen wird.

63. Es bedrückt mich nicht zu wissen, daß keiner an mich denkt.

64. Ich meine, daß nichts dabei herauskommt, wenn man sich mit abstrakten Problemen beschäftigt.

65. Es ist nie Haar auf meinem Kopf gewachsen.

66. Ich bin froh, so und nicht anders aufgewachsen zu sein.

67. Es widerstrebt mir, Laufbursche zu sein, sogar für meine Freunde.

68. Es hält mich sicher keiner für besonders fleißig.

69. Wenn ich guten Bekannten begegne, die ich eine Weile nicht gesehen habe, begrüße ich sie immer ganz besonders herzlich.

70. Wenn ich aus Versehen über ein Möbelstück stolpere, ärgere ich mich meistens nicht darüber.

71. Einen wirklich großen Menschen erkennt man unter anderem daran, daß er eigene Wege geht.

72. Musik, die ich zum ersten Mal höre, gefällt mir selten.

73. Im allgemeinen täte man gut daran, entschlossen und nachdrücklicher aufzutreten.

74. Auch wenn ich andere nicht zu meiner Überzeugung überreden kann, mir selbst kann ich sie immer begründen.

75. Ich mache lieber mit, statt zu führen.

76. Gelegentlich verbringe ich Stunden damit, etwas zu suchen, war mir für die Fertigstellung einer Arbeit fehlt.

77. Andere Leute finden mich ziemlich schüchtern.

78. Mir wird Angst und Bange, wenn ich den Zirkusartisten am Trapez nur zuschaue, und ich habe keine Lust, so etwas selbst mal zu machen.

79. Ich wäge die Vor- und Nachteile immer gegeneinander ab, bevor ich zur Tat schreite.

80. Wenn einer sich einsam fühlt, nehme ich mir einen Moment Zeit und versuche, ihn wieder aufzumuntern.

81. Schmutzige Hände machen mir nichts aus.

82. Oft mache ich etwas aus keinem anderen Grund, als daß ich glaube, es könnte Spaß machen.

83. Ich wüßte nicht, was an fallendem Laub schön sein sollte.

84. Wie meine Arbeit von anderen eingeschätzt wird, berührt mich nicht sehr.

85. Ich teile meine Belastungen mit anderen, die mir helfen können.

86. Es macht mir manchmal Spaß, über einen Begriff nachzudenken, auch wenn ich keinen praktischen Bezug darin sehe.

87. Ich habe nie in meinem Leben eingekauft.

88. Eigentlich war ich nie richtig glücklich.

89. Ich erinnere mich viel leichter an meine Niederlagen als an meine Erfolge.

90. Ich kann es nicht leiden, etwas mit halbem Herzen zu tun.

91. Ich verbringe nicht viel Zeit mit Gesprächen mit Leuten, die ich jeden Tag sehe.

92. Manchmal packt mich die Zerstörungswut.

93. Ich fände es für die meisten Menschen angebracht, in allen Angelegenheiten Rat und Hilfe zu suchen.

94. Ich finde die eintönige Lebensart mancher Leute entsetztlich.

95. Da ich kaum systematisch vorgehe, kann ich meine Arbeit jederzeit an neue Bedingungen anpassen.

96. Es fällt mir meistens gar nicht schwer, zuzugeben, wenn ich im Unrecht bin.

97. In einer Auseinandersetzung gelingt es mir meistens, neue Anhänger für meinen Standpunkt zu gewinnen.

98. Ich bleibe nie lange bei einer Sache.

99. Es macht mir Spaß, auf einer Party für Unterhaltung zu sorgen.

100. Ich glaube, es würde mir Spaß machen, Versuchspilot für neue Düsenflugzeuge zu sein.

101. Oft kann ich meinen eigenen Gedanken nicht schnell genug folgen.

102. Ich habe es nicht gern, wenn Freunde Sachen von mir borgen wollen.

103. Ich halte mir die Bleistifte immer gut gespitzt, wenn ich Schreibarbeit habe.

104. Ich verbringe nur wenig Zeit damit, rein unterhaltenden Beschäftigungen nachzugehen.

105. Der Klang eines rauschenden Baches kommt mir fast musikalisch vor.

106. Ich lege viel Wert darauf, ein hohes Ansehen zu genießen.

107. Als Kind hat es mir nie gepaßt, von anderen abhängig zu sein.

108. Ich vermeide intellektuelle Auseinandersetzungen, wenn es geht.

109. Ich möchte im allgemeinen, daß das Fleisch gekocht wird, bevor ich es esse.

110. Bemühungen, der Menschheit zu dienen, sagen mir zu.

111. Ich versuche, die Schuld von mir zu weisen, wenn alles schiefläuft.

112. Ich halte nicht an Zielen fest, die sich als nur schwer erreichbar erweisen.

113. Es ist mir sehr wichtig, Freunde zu haben.

114. Wenn jemand es besser hat als ich, ist das kein Grund für mich, neidisch zu werden.

115. In der Schule habe ich meine Aufgaben am liebsten alleine gemacht.

116. Ich kehre am liebsten jedes Jahr zum gleichen Ferienort zurück.

117. Wenn mir jemand den Weg beschreibt, frage ich meistens nach und wiederhole dann die Wegbeschreibung, um mir alles klar einzuprägen.

118. Wenn jemand etwas Geringschätziges über mich sagt, pariere ich das meistens mit einer passenden Bemerkung über seine eigenen Schwächen.

119. Ich trage nicht gern die Verantwortung dafür, die Arbeit anderer Leute zu leiten.

120. Ich versuche nicht, eine Aufgabe von mir wegzuschieben, bloß weil ich glaube, daß ich bis in die Nacht daran sitzen werde.

121. Ich habe es nicht gern, wenn man über mich redet, auch wenn ich unter Freunden bin.

122. Ich würde niemals allein in ein fremdes Land reisen, denn es könnte mir dort etwas zustoßen.

123. Man hält mich für ziemlich zurückhaltend in meiner Art zu denken und zu handeln.

124. Ich finde es befriedigend, einem Kranken Mitgefühl zu zeigen.

125. Wenn ich etwas brauche, muß ich es fast jedesmal suchen.

126. Manchmal werde ich von einem ganz unwichtigen Spiel so mitgerissen, daß ich mich stundenlang damit beschäftige.

127. Geräusche, die mich nicht gerade überraschen, fallen mir nicht auf.

128. Ich messe dem, was andere Leute über mich sagen, keine besondere Bedeutung zu.

129. Es interessiert mich, von anderen Leuten zu hören, was sie über meine Probleme denken.

130. Ich bin normalerweise daran interessiert, alle Schwierigkeiten auf eine neue Art anzupacken.

131. Ich war noch nie traurig.

132. Manchmal habe ich Angst vor meinen Freunden, obwohl ich nicht sagen könnte warum.

133. Eine meiner guten Seiten ist, daß ich nie etwas dagegen habe, wenn andere sich lustig über mich machen.

134. Wenn ich wählen könnte, würde ich eine sehr schwierige Arbeit einer sehr einfachen vorziehen.

135. Es ist mir egal, ob ich mit den Leuten um mich herum befreundet bin oder nicht.

136. Wenn jemand etwas macht, was mir nicht gefällt, sage ich es ihm.

137. Ich käme mir verlassen und einsam vor, wenn ich alleine durch die ganze Welt reisen müßte.

138. Ich habe keine Lust, mein ganzes Leben an derselben Arbeitsstelle zu verbleiben.

139. Es macht mir nichts aus, wenn andere oft die Meinung ändern.

140. Frage- und Antwortspiele finde ich immer lustig, selbst wenn ich nicht viele Antworten weiß.

141. Es gelingt mir gut, eine Übereinstimmung mit anderen Leuten über meinen Standpunkt herbeizuführen.

142. Ich habe keine Geduld für Arbeiten, die ganz akkurat ausgeführt werden müssen.

143. Ich gehörte zu den lautesten, unternehmungslustigsten Kindern in der Nachbarschaft.

144. Die Spannung bei der Waldbrandbekämpfung macht die damit verbundenen Unannehmlichkeiten wieder wett.

145. Wenn ich einkaufen gehe, bin ich nachher oft überrascht, daß ich so viele Sachen eingeholt habe, die ich gar nicht vorhatte mitzubringen.

146. Ich finde es irgendwie dumm, anderer Leute Probleme lösen zu wollen.

147. Ich mache mir einen Plan für fast alles, was ich erledigen muß.

148. Ich nehme mir höchst selten die Zeit, an Festen teilzunehmen.

149. Den Duft von Fichten finde ich sehr erfrischend.

150. Ich schlage meistens den Weg ein, der die besten Aussichten hat, zu Anerkennung zu führen.

151. Ich behalte meine Probleme für mich.

152. Wir haben jetzt schon genug Probleme, auch ohne uns noch über die Zukunft Gedanken zu machen.

153. Mein Gehirn ist nicht vollständig.

154. Ich war nie besonders schwach oder kränklich.

155. Ich habe es nicht gern, von Jüngeren kritisiert zu werden.

156. Ich setze mir nur selten schwer erreichbare Ziele.

157. Man hält mich für herzlich und freundlich.

158. Ich suche nie Streit.

159. Leute, die mein Verhalten durch Vorschriften regeln wollen, fallen mir auf den "Wecker".

160. Mein Leben ist von Jahr zu Jahr ziemlich gleich.

161. Ich fange so lange mit einer Aufgabe ungern an, bis ich weiß, wie die Sache ablaufen soll.

162. Ich nehme mich in acht vor Leuten, die versuchen könnten, aus meinen Fehlern großes Kapital zu schlagen.

163. Ich zögere oft, meine Ansichten öffentlich mitzuteilen, weil man mich vielleicht verspotten könnte.

164. Ich arbeite an einer wichtigen Sache weiter, auch wenn es mir sehr schlecht geht.

165. Ich könnte auf Grund meiner Schüchternheit nie großen Erfolg als Sänger haben.

166. Eine Schiffsreise würde ich nur mit einem großen, sicheren Schiff machen.

167. Das Leben ist eine ernste Sache, und am besten kommt man immer noch mit Vorsicht und einem kühlen Kopf durch.

168. Ich wäre kein ganzer Mensch, wenn ich mir nicht jede Mühe gäbe, meinen Mitmenschen zu helfen.

169. Meine wichtigen Papiere liegen an verschiedenen Orten verstreut.

170. Ich nehme auch kleine Anlässe wahr, um groß zu feiern.

171. Es fällt mir selten auf, wenn eine Frau Parfüm benutzt.

172. Es ist mir ziemlich egal, ob Leute mich loben oder nicht.

173, Einem Unglück sehe ich gefaßter entgegen, wenn mir ein Freund zur Seite steht.

174. Ich versuche oft, die sagenhafte Ausgeglichenheit der Natur zu begreifen.

175. Gezuckerte Sachen schmecken mir meistens süß.

176. Ich habe Angst einen Freund anzusprechen, der mich noch nicht begrüßt hat.

177. Es stört mich nicht, als unwichtig eingestuft zu werden.

178. Ich strenge mich gern bei der Arbeit an.

179. Man hält mich nicht für gesellig.

180. Einen Angriff auf meine Ehre lasse ich nie unbestraft.

181. Ich kann meistens klarer denken, wenn andere mich beraten.

182. Ich begrüße es, wenn Neuerungen vorgenommen werden, auch wenn sich nicht alles zum Besten ändert.

183. Ich kann mich auch dann wohlfühlen, wenn mir einiges im Sinn herumgeistert, worauf ich zur Zeit keine Antwort weiß.

184. Wenn jemand eine häßliche Bemerkung über mich oder meine Familie machen würde, wüßte ich nicht, wie ich darauf reagieren sollte.

185. Es würde mir wahrscheinlich gut gelingen, als Verkäufer andere zu einem Kauf zu bewegen.

186. Ich kann nicht lange über ein Problem nachdenken ohne mich zu langweilen.

187. Ich möchte in einer Menge auffallen und beachtet werden.

188. Manchmal fange ich einfach mit einer neuen Sportart an, weil damit eine gewisse Gefahr oder ein gewisses Abenteuer verbunden ist.

189. Manchmal habe ich mehrere Aufgaben nebeneinander laufen, weil ich keinen Zeitplan aufstelle.

190. Ich glaube, daß man anderen mehr schadet als hilft, wenn man Mitleid mit ihnen hat.

191. Es fällt mir unglaublich schwer, in einem unordentlichen Raum richtig zu arbeiten.

192. Ich spiele selbst keine Streiche auf Kosten anderer und möchte es mir verbitten, daß andere irgendwelche Dummheiten mit mir anstellen.

193. Es ist ein gutes Gefühl, wenn der Wind mit meinen Haaren spielt.

194. Den meisten Stolz empfinde ich über die Leistungen, die von anderen gewürdigt werden.

195. Wer mit mir verheiratet ist, wird bestimmt nur wenig Zeit aufwenden müssen, um mich zu versorgen.

196. Es kommt selten vor, daß ich viel über eine Sache lese.

197. Meistens benutze ich einen Becher oder ein Glas zum Trinken.

198. Ich bemühe mich, eine Sache zuerst von allen Blickwinkeln aus zu sehen, bevor ich mir eine Meinung darüber bilde.

199. Wenn jemand mir aus Versehen mit einer angezündeten Zigarette weh tun würde, würde ich ihn darüber informieren.

200. Ich arbeite auf kein bestimmtes Ziel hin.

201. Ich finde, daß man nur dann Erfolg haben kann, wenn man es versteht, mit anderen gut umzugehen.

202. Ich vermeide Streit.

203. Allein gelingt mir eine Arbeit meist besser, als wenn ich mit anderen arbeiten muß.

204. Ich würde lieber etwas, was mir schon einmal Spaß gemacht hat, noch einmal machen, als etwas Neues zu versuchen.

205. Wenn ich erst einmal mit einem Geduldsspiel oder einem Rätsel angefangen habe, kann ich nur schwer meine Gedanken davon wieder abwenden, bis ich die Lösung weiß.

206. Ich lasse selten eine kritische Bemerkung über mich im Raum stehen, ohne mich dagegen zu verteidigen.

207. Wenn ich mit jemandem irgendwohin gehe, lasse ich ihn reden.

208. Ich arbeite oft an einer Arbeit weiter, die alle anderen aufgegeben haben.

209. Ich bemühe mich, nicht aufzufallen.

210. Ich gehe nicht gern in die Nähe von Lastwagen, die mit explosivem Material beladen sind.

211. Bevor ich etwas kaufe, überlege ich mir vorher ganz genau, ob die Sache meinen Wünschen entspricht.

212. Mir gefallen Aufnahmen von Kindern, weil sie immer so nett sind.

213. Ich habe oft Schwierigkeiten, etwas aus dem Wust meiner Habseligkeiten wieder zu finden.

214. Der größte Anreiz zur Arbeit ist für mich die Aussicht auf ein anschließendes Vergnügen.

215. Es fällt mir selten auf, wie sich etwas anfühlt.

216. Ich nehme mir selten vor, einen guten Eindruck zu machen.

217. Als Kind suchte ich immer Trost bei meiner Mutter, wenn mir etwas Fürchterliches in den Sinn kam.

218. Ich würde gern Wissenschaftler sein und die Auswirkungen der Sonne auf unsere Erde untersuchen.

219. Ich habe nie mit jemandem telefoniert.

220. Ich lebe nicht so, wie man meiner Meinung nach eigentlich leben sollte.

221. Ich versuche gar nicht, mich gegen draufgängerische Leute zu wehren, denn es hat sowieso keinen Sinn.

222. Die Leute sollen sich für ihre Arbeit mehr einsetzen.

223. Ich gebe mir selten besondere Mühe, Bekanntschaften zu machen.

224. Manchmal habe ich einfach das Bedürfnis, jemanden zu schlagen.

225. Bevor ich etwas tue, möchte ich konkrete Anweisungen darüber haben.

226. Wenn ich die Möglichkeit hätte, würde ich alle paar Jahre in eine neue Gegend ziehen.

227. Ich fange oft mit einer Sache an, wenn ich nur eine ungenaue Vorstellung davon habe, wie das Endprodukt aussehen wird.

228. Es macht mir nichts aus, auf persönliche Probleme in Meinungsumfragen oder Fragebogen eine Antwort zu geben.

229. Ich möchte gerne bei der Gesetzgebung mitwirken.

230. Wenn ich bei einer Arbeit auf Schwierigkeiten stoße, lasse ich die Sache meist erst einmal ruhen und komme erst später wieder darauf zurück.

231. Ich halte gern Reden.

232. Fallschirmspringen ist eine Freizeitbeschäftigung, die mir zusagt.

233. Ich sage oft das Erste, was mir in den Kopf kommt.

234. Ich vermeide es, anderen allzu behilflich zu sein, weil es sonst leicht so aussieht, als wollte ich mir die Freundschaft erkaufen.

235. "Ordnung muß sein", das ist meine Devise.

236. Ich sehe mir im Fernsehen die Nachrichten und Berichterstattungen öfter an als die Unterhaltungssendungen.

237. Ich lasse mir gern den Rücken massieren.

238. Ich achte sehr auf die gesellschaftliche Stellung anderer.

239. Wenn ich ein Problem habe, werde ich lieber allein damit fertig.

240. In der Schule habe ich hauptsächlich deswegen gelernt, weil ich dazu angehalten wurde.

241. An kalten Tagen ist der Himmel meistens blau.

242. Wenn mir jemand zuviel Kleingeld gibt, mache ich ihn darauf aufmerksam.

243. Ich lasse mich nicht herumkommandieren.

244. Ich weiß nicht recht, was ich erreichen will und wie ich das Ziel angehen soll.

245. Ich brauche das Zusammengehörigkeitsgefühl, das man von einem großen Bekanntenkreis bekommt.

246. Meinungsverschiedenheiten bringen mich nicht aus der Ruhe.

247. Ich möchte mein eigener Herr sein.

248. Ich fange erst damit an, Pläne für ein neues Vorhaben zu schmieden, wenn ich das alte beendet habe.

249. Bevor ich eine Reise antrete, stelle ich mir vorher einen Zeitplan auf.

250. Ich lasse mich von niemandem überstimmen, wenn eine wichtige Angelegenheit besprochen wird.

251. Wenn Leute sich streiten, halte ich mich aus der Sache raus.

252. Ich lege mehr als der Durchschnittsmensch Wert darauf, das, was ich angefangen habe, auch zu Ende zu führen.

253. Ich würde nie im Leben bei Festen solchen Blödsinn treiben, wie es manche Leute tun.

254. Ich würde nicht nach Einbruch der Dunkelheit auf Entdeckungsjagd durch ein altes verlassenes Haus gehen.

255. Wenn ich eine Sache angefangen habe, bleibe ich dabei, bis ich sie erledigt habe.

256. Auf Kinder aufzupassen ist eine dankbare Aufgabe.

257. Es macht mir ziemlich viele Schwierigkeiten, über meine Geldausgaben genau buchzuführen.

258. Ich verpasse nur selten - wenn überhaupt - eine Gelegenheit, mich zu unterhalten.

259. Es fällt mir selten auf, wie der Stoff eines Kleidungsstückes beschaffen ist.

260. Ich strenge mich nicht an, bei anderen anzukommen.

261. Wenn ich niedergeschlagen bin, suche ich Freunde auf, die mich wieder aufmuntern können.

262. Ich beschäftige mich lieber mit meinen Büchern als fernzusehen.

263. Oft starre ich die Sonne stundenlang an.

264. Ich plage mich nicht damit herum, mir die möglichen Folgen meines Tuns auszumalen.

265. Ich würde nie etwas darüber sagen, wenn jemand mich verletzt.

266. Ich würde gleichviel arbeiten, ob ich mir so den Lebensunterhalt zu verdienen hätte oder nicht.

267. Große Feste machen mir eigentlich keinen Spaß.

268. Ich komme oft nicht umhin, andere auf ihre Fehler aufmerksam machen zu müssen.

269. Ich schätze gutes Benehmen.

270. Ich versuche manchmal, mir neue Sachen für das Frühstück einfallen zu lassen.

271. Den Wetterbericht ziehe ich selten bei meinen Oberlegungen darüber in Betracht, was ich anziehen soll.

272. Es macht mir nichts aus, über begangene Dummheiten aufgezogen zu werden.

273. Ich wäre gern Richter.

274. Stundenlang Schach zu spielen, wie es manche tun, ist mir schlicht unvorstellbar.

275. Ich glaube, mir würde das Unterhaltungsgeschäft gut liegen.

276. Sollte ich eine Höhle entdecken, würde ich sie gleich auskundschaften, auch ohne die Gefahr dabei einschätzen zu können.

277. Oft unternehme ich ohne Oberlegung etwas Waghalsiges.

278. Ich habe mich noch nie als freiwilliger Mitarbeiter einer Wohltätigkeitsveranstaltung beteiligt.

279. Wenn ich etwas vom Regal entferne, stelle ich es immer wieder auf seinen Platz zurück, wenn ich damit fertig bin.

280. Ich unterhalte mich lieber mit eher ernsthaften Leuten.

281. Gut zu essen zählt zu den höchsten Genüssen in meinem Leben.

282. Die Ansichten meiner Freunde beeinflussen mich sehr stark bei der Bildung meiner Meinung.

283. Ich bin nicht gern mit Leuten zusammen, die mich immer vor Gefahr bewahren wollen.

284. Ich halte eine neue Erfindung für unnütz, wenn man dafür keine praktische Anwendung weiß.

285. Ich bezweifle, daß es die Schwerkraft gibt.

286. Ich unterhalte mich ganz gut auf Partys.

287. Ich bin nicht einer, der immer Befehle auszuführen hat.

288. Es bringt mich nicht aus der Ruhe, eine Sache unvollkommen zu beherrschen.

289. Ich finde, jedes Erlebnis bedeutet mehr, wenn man es mit einem Freund teilt.

290. Ich mache selten Leute zornig, indem ich sie necke.

291. Ich bin ziemlich unabhängig davon, was andere sagen.

292. Wenn ich verreise, wähle ich meistens den mir bekanntestens Weg, um mich nicht mit Straßenkarten herumschlagen zu müssen.

293. Wenn ich vorhabe, mit jemandem zu telefonieren, überlege ich mir vorher oft, was ich sagen möchte oder ich mache mir eine Liste mit Gesprächsthemen.

294. Wenn ich mit jemandem ein Abkommen treffe, lasse ich mir eine schriftliche Bestätigung davon geben, auf die ich mich später beziehen kann.

295. Ich überlasse die Führung meistens anderen und schließe mich dann ihren Vorstellungen an.

296. Ich lasse es selten zu, daß eine wichtige Sache durch Unterbrechungen aufgehalten wird.

297. Ich kann mich nicht daran erinnern, jemals etwas Schockierendes gesagt zu haben, nur um die Aufmerksamkeit auf mich zu lenken.

298. Ich habe absolut nicht den Wunsch, Motorrad zu fahren.

299. Das, was ich sage, habe ich mir meistens vorher gut überlegt.

300. Ich nehme oft junge Leute unter meine Fittiche.

301. Ich gehe oft ziemlich unsystematisch vor.

302. Ich versuche, mir die Arbeit spielerisch zu gestalten.

303. Ich bin nicht wählerisch beim Essen.

304. Ich hole mir selten Rat von anderen, bevor ich einen wichtigen Entschluß treffe.

305. Mir würde ein mich beschützender, mitfühlender Ehepartner gefallen.

306. Selbständig Untersuchungen durchzuführen oder Informationen für Referate zusammenzustellen, waren meine Lieblingsaufgaben in der Schule.

307. Ich bin aus meiner Heimatstadt weggegangen.

308. Als Kind habe ich viel angerichtet.

309. Mir geht es immer viel besser, wenn ich bestraft worden bin.

310. Ich werde nicht zufrieden sein, bis ich glaube, der Beste in meinem Arbeitsgebiet zu sein.

311. Ich halte nicht viel davon, Freunden meine Zuneiung zu zeigen.

312. Wenn ich mich anstellen muß, finde ich gewöhnlich schnell einen Weg, um mich vorbeizumogeln.

313. Ich sehne mich nach dem Gefühl von Sicherheit, das mit dem Besitz eines eigenen Hauses einhergeht.

314. Je mehr Hobbys ich habe, desto besser.

315. Ich plane meine Handlungen selten so vollständig, daß ich sagen könnte, was ich in Zukunft mache.

316. Ich schätze Freunde, die mich offen kritisieren.

317. Ich könnte ein einflußreicher Militärbefehlshaber sein.

318. Ich würde eine Beschäftigung im Freien beenden, wenn das Wetter sich verschlechterte.

319. Als Kind hatte ich Spaß daran, einer Gesellschaft etwas vorzuspielen.

320. Es könnte mich reizen, gefährliche Stadtviertel zu erforschen.

321. Viele meiner Handlungen scheinen impulsiv zu sein.

322. Ich empfinde keine Verantwortung für die Sorgen anderer Leute.

323. Ich verbringe viel Zeit damit, meine persönlichen Angelegenheiten in Ordnung zu halten.

324. Sogar, wenn ich Zeit und Geld hätte, würde ich mich nicht wohl dabei fühlen, nur herumzufaulenzen.

325. Ich würde das Gefühl gern haben, einen grasbewachsenen Abhang hinunterzurollen.

326. Ich folge den Grundsätzen sorgfältig, die andere aufgestellt haben, um nicht aus der Reihe zu tanzen.

327. Ich arbeite lieber in eigener Verantwortung, als einen Vorgesetzten zur Hilfe zu haben.

328. Historische Begriffe zu erforschen hat keinen Reiz für mich.

329. Normalerweise kann ich den Unterschied zwischen einer Pflanze und einem Tier beschreiben.

330. Bevor ich etwas tue, versuche ich herauszubekommen, welchen Eindruck es auf meine Familie und meine Freunde machen wird.

331. Wenn ich anstehe, warte ich gern, bis ich an der Reihe bin, aber ich lasse niemanden vor.

332. Ich tue selten mehr für meine Arbeit als ich muß.

333. Ich habe viele Bekannte.

334. Ich würde niemals jemandes Gefühle bewußt verletzen.

335. Ich könnte durchaus alleine leben und mich dabei wohl fühlen.

336. Ich probiere nicht gern Produkte aus, ehe sie sich nicht bewährt haben.

337. Ich achte sehr auf mein Geld, so daß ich weiß, wieviel ich ausgeben kann, wenn etwas Unerwartetes eintritt.

338. Ich bin normalerweise Leuten gegenüber, die eine Menge Einzelheiten über meine Arbeit wissen wollen, mißtrauisch.

339. Ich vermeide einflußreiche Positionen.

340. Niemand kann mich davon abbringen, etwas zu Ende zu führen, was ich angefangen habe.

341. Ich höre lieber zu als daß ich selbst rede.

342. Ich gehe niemals dort spazieren, wo giftige Schlangen sein könnten.

343. Ich bin ziemlich vorsichtig.

344. Ich würde lieber eine Beschäftigung haben, wo ich Leuten helfe, als einen Beruf, wo ich etwas herstelle.

345. Es regt mich nicht auf, in einem unaufgeräumten Zimmer zu sein.

346. Spiele von Kindern machen mir Spaß.

347. Ich kann nicht verstehen, daß die Leute vom Geruch mancher Speisen schwärmen.

348. Ich habe keine Lust, Dinge nur deswegen zu kaufen, weil sie den von meinen Freunden geschätzten ähnlich sind.

349. Ich möchte sicher sein, daß sich jemand um mich kümmert, wenn ich alt bin.

350. Ich glaube, daß ich gern den größten Teil meines Lebens studieren würde, so daß ich so viel wie möglich lernen könnte.

351. Ich habe kaum oder keine Schwierigkeiten, Leute wiederzuerkennen, die ich jeden Tag sehe.

352. Ich bin nie in der Lage, Dinge so gut zu erledigen, wie ich es müßte.

353. Bescheidenheit ist meine größte Tugend.

354. Sogar wenn ich gerade ein ausgezeichnetes Stück Arbeit geleistet habe, glaube ich, etwas noch Besseres leisten zu müssen.

355. Ich glaube, daß ich eine Beschäftigung nicht gut ausfüllen könnte, die von mir verlangt, den ganzen Tag Leute zu treffen.

356. Ich glaube daran, daß man in dieser Welt vorwärtskommen muß, selbst wenn es nötig ist, "über Leichen" zu gehen.

357. Es ist sehr wichtig für mich, das Gefühl zu haben, irgendwo hinzugehören.

358. Ich würde gern mein Zimmer jedes Jahr umräumen.

359. Ich glaube, daß Theorien als Wegweiser für Gedanken nützlich sind, selbst wenn sie nicht von Tatsachen ausgehen.

360. Ich bin bereit nachzugeben, wenn ich mit guten Argumenten konfrontiert werde.

361. Normalerweise bin ich auf einer Party der Organisator von Spielen und Unterhaltungsmöglichkeiten.

362. Ich habe nicht die Beharrlichkeit, einige der Dinge zu tun, die ich mag.

363. Es macht so viel Spaß, auf der Bühne zu stehen, daß ich nicht verstehen kann, warum Leute Lampenfieber bekommen.

364. Ich glaube, daß ich am Bergsteigen Spaß haben könnte.

365. Ich glaube, wenn man Dinge sorgfältig überlegt, macht es oft nur noch halb so viel Spaß, sie zu tun.

366. Es ist ein Plage, Pflanzen zu versorgen.

367. Wenn ich etwas mit nach Hause bringe, räume ich es sogleich weg.

368. Ich glaube, daß man lieber für die Zukunft arbeiten sollte als jetzt die Zeit zu vertrödeln.

369. Manchmal möchte ich gern im Schlamm herumwaten und ihn zwischen meinen Zehen durchsickern lassen.

370. Wenn ich für etwas nichts bekomme, das ich durchgeführt habe, werde ich sehr aufgeregt.

371. Ich habe keine Angst, allein zu sein.

372, Ich würde lieber ein Geschäftsmann sein als ein Philosoph.

373. Ich habe nie meine Zähne geputzt.

374. Ich bemühe mich, meine entfernteren Ziele zu planen.

375. Ich denke, es ist mein Recht, wenigstens meinen Anteil an den Dingen zu bekommen.

376. Die Leute sagen selten, daß ich meine Arbeit in Widerstreit mit den übrigen Seiten meines Lebens geraten lasse.

377. Ich arbeite lieber mit anderen zusammen als allein.

378. Mir widerstrebt es, jemandem Kummer zu bereiten, selbst wenn ich ihn nicht mag.

379. Ich würde lieber ein großes Segelboot besitzen als ein teures Haus.

380. Meine Freunde scheinen mein Verhalten in den meisten Situationen voraussehen zu können.

381. Ich versuche, meine Zukunft vorzuplanen, damit ich sagen kann, was ich zu einem beliebigen Zeitpunkt tun werde.

382. Wenn ich einen Fehler mache, glaube ich normalerweise, daß es das Beste ist, ihn den Betroffenen nicht einzugestehen.

383. Wenn ich etwas, was jemand tut, nicht mag, versuche ich, meine Vorwürfe für mich zu behalten.

384. Ich setze unermüdliche Anstrengungen in fast alles was ich mache.

385. Wenn andere in ein Gespräch vertieft sind, sitze ich normalerweise ruhig dabei, ohne sie zu unterbrechen.

386. Ich gehe nie zu nahe an einen Klippenrand oder einen Steilhang.

387. Ich denke normalerweise sinnvoll und vorsichtig.

388. Ich würde gern eine Menge Zeit damit verbringen, Haustiere zu versorgen.

389. Manchmal brauche ich viel Zeit, um mit einem Plan anzufangen, weil ich nicht rechtzeitig alles zusammenbringe.

390. Wenn immer möglich, scherze und schwatze ich lieber als daß ich arbeite.

391. Ich kann kein Vergnügen daran finden, in der Sonne zu sitzen.

392. Ein Mensch sollte um seiner eigenen Zufriedenheit willen ein gutes Leben führen und nicht der anderen Leute wegen.

393. Wenn ich ein Problem habe, ziehe ich es vor, damit zu einem Fachmann zu gehen als es allein zu lösen.

394. Ich lese gern in Magazinen, wo erklärt wird, wie elektronische Apparaturen arbeiten.

395. Ich wurde am frühen Morgen des 29. Februar geboren.

396. Die meisten Leute wollen die Wahrheit nicht glauben, egal wie offensichtlich sie ist.

397. Ich fühle mich sehr schuldbewußt, wenn ich mit jemandem streite.

398. Ich kann Leute nicht respektieren, die damit zufrieden sind, nicht der Beste zu sein.

399. Manchmal muß ich große Anstrengungen machen, um gesellig zu sein.

400. Wenn mich jemand beleidigt oder mir wehtut, kann ich es nicht vergessen, bis ich mit ihm abrechnen kann.

401. Ich wünsche mir, daß die Leute Interesse an dem zeigen, was mir passiert.

402. Ich erledige Dinge selten zweimal in der gleichen Reihenfolge.

403. Ich freue mich über ein gewisses Maß an Unvorhersehbarem in meinen täglichen Beschäftigungen.

404. Es macht mir nichts aus, mit jemandem zu sprechen, der einer vor mir getroffenen Entscheidung nicht zustimmt.

405. Ich werde von meinen Freunden als energisch angesehen.

406. Wenn ich müde werde, lege ich meine Arbeit beiseite, bis ich ausgeruhter und interessierter bin.

407. Als ich noch in die Schule gegangen bin, habe ich dazwischengeredet, sobald ich dachte, daß ich die Antwort auf eine Frage wüßte.

408. Wenn sich die Gelegenheit ergäbe, würde ich das Wellenreiten im Ozean lernen.

409. Es ist mir immer wie eine Zeitverschwendung vorgekommen, eine Abhandlung oder ein Gespräch zusammenzufassen.

410. Wenn ich könnte, würde ich lieber eine Krankenschwester anstellen, als selbst ein krankes Kind zu pflegen.

411. Ich verbringe mehr Zeit als andere Leute damit, meine Kleider in Ordnung zu halten.

412. Viele Dinge sind wichtiger für mich, als eine angenehme Zeit zu haben.

413. Ich mag das Gefühl, das Nebel und Dunst verursachen.

414. Es befriedigt mich nicht, eine Arbeit gut zu verrichten, bevor es andere nicht bemerkt haben.

415. Ich treffe gern meine eigenen Entscheidungen.

416. Ich lese vorwiegend Bücher, die sich mit praktischen Dingen beschäftigen, als solche, die von den Grundideen der Philosophie und Wissenschaft handeln.

417. Ich bin in mehr als einem Haus gewesen.

418. Ich bin einer der Glücklichen, die mit ihren Eltern über ihre Probleme sprechen können.

419. Ich würde niemals in einer untergeordneten Position bleiben, wenn ich die Wahl hätte.

420. Ich würde lieber auf Stundenlohnbasis bezahlt werden, als danach, wieviel ich gearbeitet habe.

421. Ich wähle Hobbys, die ich zusammen mit anderen Leuten ausüben kann.

422. Ich sehe nicht gern jemanden, der einen Idioten aus sich macht.

423. Ich glaube, daß die Ehe nur eine andere Form von Knechtschaft ist.

424. Wenn ich eine gute Kleidermarke finde, bleibe ich dabei.

425. Ich plane meine Arbeit sorgfältig im voraus und folge dem Plan ganz genau.

426. Ich glaube, daß ich immer auf der Hut sein muß, weil viele Leute aus mir einen Vorteil zu ziehen suchen.

427. Ich zwinge meine Meinung anderen Leuten nicht auf.

428. Wenn ich einmal angefangen habe, etwas zu tun, kann mich nichts mehr davon abbringen.

429. Ich versuche selten, die Aufmerksamkeit auf mich zu ziehen.

430. Ich gehe nie zu nahe an einen Bauplatz aus Angst, daß etwas auf mich fallen könnte.

431. Wenn ich ein Gespräch führen muß, möchte ich gern viel Zeit haben, um es in Ruhe zu planen.

432. Manchmal, wenn ein Freund in Schwierigkeiten ist, kann ich nicht schlafen, weil ich ihm so gern helfen würde.

433. Ich finde, daß es nur nötig ist, eine allgemeine Buchhaltung zu führen, und keine Einzelheiten aufzuführen.

434. Ich bin stolz darauf, an jeder Situation die lustige Seite sehen zu können.

435. Ich könnte Blumen unmöglich nur nach ihrem Duft erkennen.

436. Für mich hängt die Attraktivität eines Berufes von der persönlichen Befriedigung ab, die ich dabei empfinde, unabhängig davon, ob andere es billigen oder nicht.

437. Ich kann nicht gut ohne Ratschlag eine Entscheidung treffen.

438. Als Kind las ich jedes Buch im Haus und ging oft in die Leihbücherei.

439. Ich kann Deutsch lesen.

440. Mein tägliches Leben umfaßt viele Tätigkeiten, die ich nicht mag.

Übersetzung der Personality-Research-Form-Konstrukte [1)]

Beschreibung 1

Zeigt einen hohen Grad an Bescheidenheit; nimmt Tadel und Kritik an, sogar, wenn er sie nicht verdient hat; setzt sich Situationen aus, in denen er eine untergeordnete Stellung einnimmt; hält sich meist im Hintergrund.

Beschreibung 2

Strebt danach, schwierige Aufgaben zu lösen; stellt sich hohe Anforderungen und ist gewillt, auf ferne Ziele hinzuarbeiten; geht selbstsicher auf Wettbewerb ein; nimmt bereitwillig Mühen auf sich, um hervorragende Leistungen zu vollbringen.

Beschreibung 3

Ist gerne mit Freunden oder überhaupt mit anderen Menschen zusammen; akzeptiert andere Leute bereitwillig; gibt sich Mühe, Freundschaften einzugehen und Verbindungen zu anderen Menschen aufrechtzuerhalten.

Beschreibung 4

Liebt Auseinandersetzungen; ist leicht verärgert; ist manchmal bereit, andere Leute zu verletzen, um seinen Willen durch-

1) In Anlehnung an STUMPF, H. & BELOCH-TILL, H.: Eine Konvergenzuntersuchung zur deutschen Version der Personality Research Form von JACKSON, des 16 PF Tests nach CATTELL und des EPT nach EYSENCK. Wehrpsychologische Untersuchungen, Psychologisches Institut der Universität Bonn, 1979, 14 (Heft 4)

zusetzen; versucht unter Umständen mit Leuten abzurechnen, die ihm seiner Meinung nach geschadet haben.

Beschreibung 5

Versucht, aus Zwängen, Gebundenheit oder Einschränkungen jeglicher Art auszubrechen; ist gerne unabhängig, frei und nicht an Leute, Orte oder Verpflichtungen gebunden; kann aufsässig werden, wenn ihm Beschränkungen auferlegt werden.

Beschreibung 6

Macht gerne neue und andersartige Erfahrungen; mag Routinearbeiten nicht leiden und umgeht sie; kann unter wechselnden Umständen seine Meinungen und Haltungen leicht ändern; paßt sich bereitwillig Veränderungen in der Umwelt an.

Beschreibung 7

Mag keine Unklarheit oder Unbestimmtheit bei Auskünften; will alle Fragen vollständig beantwortet haben; möchte seine Entscheidungen aus sicherem Wissen treffen und nicht aus Vermutungen und Annahmen.

Beschreibung 8

Hat leicht den Verdacht, daß jemand gegen ihn ist oder ihm schaden will; ist jederzeit bereit, sich zu verteidigen; ist leicht beleidigt; nimmt nicht leicht Kritik an.

Beschreibung 9

Versucht, seine Umwelt unter Kontrolle zu halten und andere Leute zu beeinflussen oder zu lenken; vertritt seine Meinungen nachdrücklich; gefällt sich in der Rolle des Anführers und kann sie spontan übernehmen.

Beschreibung 10

Ist bereit, lange Zeit zu arbeiten; gibt bei einer Schwierigkeit nicht gleich auf; ist beharrlich, selbst angesichts großer Schwierigkeiten; ist geduldig und unermüdlich bei seiner Arbeit.

Beschreibung 11

Will im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen; hat gerne Zuhörer; nimmt Verhaltensweisen an, die die Aufmerksamkeit anderer erregen; ist gerne lebhaft oder witzig.

Beschreibung 12

Hält nichts von aufregenden Betätigungen, besonders, wenn Gefahr dabei ist; vermeidet das Risiko körperlicher Verletzungen; ist auf größte persönliche Sicherheit aus.

Beschreibung 13

Neigt dazu, aus der Laune des Augenblicks und ohne Überlegung zu handeln; gibt seinen Gefühlen und Wünschen leicht nach; redet offen; kann oberflächlich sein im Ausdruck von Gefühlen.

Beschreibung 14

Vermittelt Zuneigung und Trost; hilft anderen, wenn immer möglich; hat Interesse daran, sich um Kinder, Behinderte und Schwache zu kümmern; bietet Leuten, die es nötig haben, Unterstützung an; erweist anderen bereitwillig Gefälligkeiten.

Beschreibung 15

Bemüht sich, sein persönliches Eigentum und seine Umgebung in Ordnung zu halten; kann Unordnung, Durcheinander und Mangel an Organisation nicht leiden; ist daran interessiert, Methoden zu entwickeln, um Material in Ordnung zu halten.

Beschreibung 16

Unternimmt vieles nur zum Spaß; verbringt viel Zeit bei Spielen, Sport, geselligen Unternehmungen und anderen Vergnügungen; hat gern Witze und komische Geschichten; hat eine unbeschwerte, unbekümmerte Lebenseinstellung.

Beschreibung 17

Beachtet Gerüche, Geräusche, das Aussehen von Gegenständen, Geschmacks- und Tastqualitäten; behält diese Empfindungen im Gedächtnis und betrachtet sie als wichtig im Leben; ist empfänglich für viele Arten von Eindrücken; kann eine vorwiegend genießerische oder ästhetische Lebensauffassung einnehmen.

Beschreibung 18

Möchte ein hohes Ansehen bei seinen Bekannten haben; ist besorgt um seinen Ruf und darüber, was andere Leute von ihm denken; strengt sich an, um die Zustimmung und Anerkennung anderer zu erhalten.

Beschreibung 19

Sucht oft Sympathie, Schutz, Zuneigung, Rat und Bestätigung durch andere Menschen; fühlt sich ohne derartige Unterstützung unter Umständen unsicher oder hilflos; vertraut Schwierigkeiten leicht einer verständnisvollen Person an.

Beschreibung 20

Möchte sich in vielen Wissensgebieten auskennen; schätzt sinnvolle Verknüpfung von Gedanken, beweisbare Verallgemeinerungen, logisches Denken, besonders, wenn es darum geht, theoretische Wißbegier zu befriedigen.

Beschreibung 21

Tendiert dazu, Fragen im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu beantworten.

Beschreibung 22

Antwortet in nicht-nachvollziehbarer oder pseudo-zufälliger Weise, was möglicherweise durch mangelnde Sorgfalt, geringe Auffassungsgabe, passiven Widerstand, Verwirrtheit oder grobe Abweichung zu erklären ist.

ANGABEN ZUR PERSON

1. Geschlecht männl. weibl.

2. Geburtsdatum .....

3. Familienstand led. verh. verw. gesch.

4. Konfessions-zugehörigkeit rk. ev. sonst. keine

5. Welche Schule haben Sie besucht und wie lange haben Sie diese besucht?

Volksschule	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Jahre
Realschule	1	2	3	4	5	6					
Gymnasium	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Hochschule	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Fachhochsch.	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Fachschule	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

6. Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? .....

7. Welche Stellung nehmen Sie in Ihrem Beruf ein? .....

8. Wieviel beträgt das ungefähre Haushaltsnettoeinkommen? Bitte tragen Sie sich in eine der angegebenen Gruppen ein!

I		bis 400	DM mtl.
II	400	bis 800	DM mtl.
III	800	bis 1.200	DM mtl.
IV	1.200	bis 2.000	DM mtl.
V	mehr als	2.000	DM mtl.

9. Wie groß ist die Einwohnerzahl Ihres Wohnortes?
weniger als 2.000 .....
weniger als 100.000 .....
mehr als 100.000 .....

10. Wie groß ist die Anzahl der in Ihrem Haushalt lebenden Personen? Erwachsene: ..... davon berufstätig: .....
Kinder: .....

11. Wie groß ist die Wohnfläche, welche Sie (außer Küche, Diele, Bad) in Anspruch nehmen können?

Instruktionen zum Semantischen Differential [1)]

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Eigenschaftswörtern. Sie werden gebeten, mit Hilfe der genannten Eigenschaften den Patienten so darzustellen, wie Sie ihn gegenwärtig beurteilen.

Die Eigenschaften sind jeweils zu Gegensatzpaaren angeordnet, wie z.B. fröhlich - traurig. Zur Abstufung Ihrer Beurteilung sind zwischen den beiden Eigenschaftsbezeichnungen Zahlen aufgeführt.

Wenn Sie z.B. der Meinung sind, daß das kranke Familienmitglied ausgesprochen "fröhlich" ist, würden Sie ein Kreuz auf die 1 neben "fröhlich" machen.

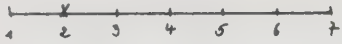
Ein Kreuz auf die 7, neben "traurig" bedeutet dann, daß Sie den Patienten als ausgesprochen "traurig" beurteilen.

Sind Sie der Ansicht, daß eine Eigenschaft nicht völlig, jedoch weitgehend zutrifft, markieren Sie bitte die Ziffer 2 bzw. 6.

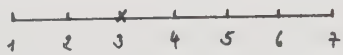
---

1) in Anlehnung an SCHÄFER, B.: Konstruktion eines Eindrucksdifferentials zur Erfassung der ideiologiespezifischen Bewertung politischer Schlüsselwörter. In: BERGLER, R.: (Hrsg.) Das Eindrucksdifferential. Stuttgart, Wien, Baltimore, Bern, 1975, 154 - 156

Schätzen Sie den Patienten als ziemlich "fröhlich" ein, so kennzeichnen Sie das folgendermaßen:



Die 3 bzw. 5 bedeutet dann, daß sie mit dem auf der gleichen Seite dazugehörigen Begriff nicht mehr so weitgehend einverstanden sind, auf jeden Fall aber eher als mit dem gegenteiligen. Wenn Sie also sagen wollen, daß die Eigenschaft "fröhlich" auf das kranke Familienmitglied kaum noch zutrifft, jedoch eher zu Beschreibung geeignet ist als "traurig", so markieren Sie die 3.



Die 4 könnten Sie benutzen, wenn Sie sich für keine der genannten, gegenteiligen Eigenschaften entscheiden können, bzw. wenn Sie beide Eigenschaften in gleichem Maße zur Beurteilung des Patienten als angemessen ansehen.

Bitte lassen Sie kein Eigenschaftspaar aus und beurteilen Sie spontan, ohne lange zu überlegen.

Semantisches Differential

1	taktvoll	taktlos
2	fleißig	faul
3	feinfühlend	roh
4	besorgt	gleichgültig
5	selbständig	unselbständig
6	nachgiebig	rechthaberisch
7	aufrichtig	unaufrichtig
8	sparsam	verschwenderisch
9	fröhlich	traurig
10	energisch	lahm
11	offen	verschlossen
12	ausgeglichen	launisch
13	tapfer	feige
14	friedlich	zänkisch
15	vertrauensvoll	mißtrauisch
16	gutmütig	gefährlich
17	berechenbar	unberechenbar
18	pünktlich	unpünktlich
19	zuverlässig	unzuverlässig
20	gemütvoll	gemütlos
21	ordentlich	unordentlich
22	stark	schwach
23	reich	arm
24	klug	beschränkt

Danksagung

Die vorliegende Arbeit wurde betreut von Herrn Prof. Dr. A.M. Däumling, dem ich für die mir gewährte Hilfe und die wertvollen Anregungen herzlich danke.

Die empirische Untersuchung wurde in den Jahren 1976 und 1977 am Rheinischen Landeskrankenhaus, Bonn, durchgeführt. Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. A. Huhn für die freundliche Genehmigung zur Durchführung dieser Studie.

Die Arbeit hätte in der vorliegenden Weise nicht zustande kommen können ohne die bereitwillige Mitarbeit und Kooperationsbereitschaft der Stationsärzte und des gesamten Pflege- und Behandlungspersonals der Stationen AK I und AK III, die durch Bereitstellen von Räumen, Informationsvermittlung und Kontaktaufnahme mit den Angehörigen für einen reibungslosen Ablauf der Befragung gesorgt haben. Ihnen gilt mein ausdrücklicher Dank.

Nicht zuletzt sind auch die Patienten zu erwähnen, die die Einwilligung zur Befragung ihrer nächsten Familienmitglieder gaben.

Ihnen, wie auch den Angehörigen selbst und ihrer Aufgeschlossenheit und bereitwilligen Mitarbeit sei besonders herzlich gedankt.

Schließlich möchte ich meinen Freunden danken, die mich oft ermutigt und mir beigestanden haben.

Lebenslauf

Am 19.12.1949 wurde ich als drittes Kind des Kaufmännischen Angestellten Peter Heinz und seiner Ehefrau Maria, geb. Kalker, in Eschweiler geboren.

Nach dem Besuch der Grundschule in Eschweiler-Hastenrath von 1956 bis 1960 wurde ich in das Neusprachliche Mädchengymnasium in Eschweiler eingeschult.

Die Reifeprüfung legte ich 1969 am Neusprachlichen Mädchengymnasium St. Angela in Bad Münstereifel ab.

Ich begann mein Studium der Romanistik und Pädagogik im WS 1969/70 an der Rheinischen-Friedrich-Wilhelms-Universität. Im SS 1970 führte ich mein Studium im Hauptfach Psychologie fort, das ich im November 1974 mit der Diplom-Hauptprüfung für Psychologen beendete.

Im Mai 1975 begann ich mit der Bearbeitung einer Dissertation.

Von April 1977 bis August 1978 arbeitete ich als freie Mitarbeiterin der psychologischen Praxis H. und M. Pauls in Siegburg.

Seit dem 1. September 1978 bin ich am Kinderneurologischen Zentrum, Bonn-Tannenbusch, tätig.